

*Interventions infirmières permettant de gérer la
douleur et l'anxiété provoquées par une procédure
douloureuse auprès de patients adultes hospitalisés
en soins aigus :
Une revue de littérature étoffée*

Travail de Bachelor

Par
Justine Wicht
Promotion 2008-2011

Sous la direction de : François Magnin

Haute école de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les interventions infirmières qui peuvent être élaborées afin de gérer la douleur et l'anxiété ressenties durant une procédure douloureuse. Le contexte de ce travail inclut la population adulte hospitalisée en milieu de soins aigus.

Du point de vue méthodologique, la première étape s'est concentrée sur la littérature réalisée au sujet des douleurs induites. Dans un deuxième temps, des recherches ont été réalisées sur des bases de données à l'aide de diverses stratégies de recherches constituées de Mesh-Term. Douze études scientifiques ont été sélectionnées, puis analysées. La dernière étape consistait à catégoriser les résultats issus des douze études afin d'identifier les principales interventions infirmières attribuées à la gestion de la douleur et de l'anxiété.

Les résultats ont offert deux catégories d'interventions. La première catégorie, basée sur les méthodes pharmacologiques, regroupaient diverses interventions comme l'utilisation d'anesthésiants topiques, l'injection de morphine et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens et l'administration de MEOPA. Toutes ces interventions ont prouvé leur efficacité. La deuxième catégorie était axée sur les méthodes non-pharmacologiques : l'hypnose, les interventions cognitivo-comportementales et les compétences et les connaissances des infirmières ont été identifiées comme étant des interventions efficaces dans la gestion de la douleur et de l'anxiété. Au contraire, l'apport d'informations, qui était également présenté dans les méthodes non-pharmacologiques, n'a pas démontré son efficacité dans le contexte des douleurs induites.

Cette revue de littérature offre un choix d'interventions infirmières permettant de gérer la douleur et l'anxiété provoquées par une procédure douloureuse. Toutefois, l'interprétation des résultats démontre que ces interventions ne semblent être efficaces que du moment où l'infirmière est capable de prendre en considération les divers antécédents nécessaires à leur mise en place. En effet, du moment où le personnel soignant est attentif à l'égard de ces antécédents, comme par exemple la coopération patient-équipe soignante, la prise en compte du contexte, l'établissement d'une relation de confiance patient-infirmière, la douleur et l'anxiété induites par un soin invasif pourront être prévenues et diminuée tout en respectant les besoins du patients et en tenant compte de son rôle d'expert.

Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisée moi-même ce travail conformément aux directives. Toutes les références intégrées à cette revue de littérature sont identifiées et nommées de manière précise. »

Justine Wicht

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement mes directeurs de mémoire Monsieur François Magnin, ainsi que Madame Catherine Dubey qui m'ont a suivie tout au long du travail. Je les remercie pour leur soutien, leur disponibilité et l'investissement qu'ils m'ont consacré ainsi que la confiance accordée durant ce travail.

Par la suite, je remercie sincèrement Herbert Wicht et Stéphanie Eichenberger qui ont relu l'ensemble de mon travail de Bachelor de manière appliquée.

Et pour finir, je remercie Mathieu Barras, qui m'a fait partager ses connaissances informatiques pour la mise en page de mon travail et qui m'a assistée durant sa réalisation.

Table des matières

Introduction.....	7
1 Problématique	9
1.1 But et question de recherche.....	12
2 Cadre de référence.....	13
2.1 Le partenariat infirmière-patient.....	13
2.2 Concepts intégrés au cadre de référence	16
2.2.1 Concept de la douleur.....	16
2.2.2 Concept de l'anxiété.....	20
3 Méthodologie	22
3.1 Stratégies de recherche.....	23
3.2 Analyse des études	27
4 Résultats.....	28
4.1 Les interventions pharmacologiques.....	29
4.1.1 Les anesthésiants topiques.....	29
4.1.2 L'administration de morphine et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens par voie intraveineuse.....	30
4.1.3 L'utilisation du MEOPA	31
4.2 Les interventions non-pharmacologiques.....	32
4.2.1 Les interventions cognitivo-comportementales.....	32
4.2.2 Les méthodes psycho-corporelles	34
4.2.3 L'apport d'informations	35
4.2.4 Gestion de la douleur induite : compétences et connaissances des infirmières.....	36
5 Discussion	41
5.1 Qualité des résultats	41
5.2 Synthèse des résultats	43
5.3 Interprétation des résultats.....	44
5.4 Réponse à la question de recherche	57
6 Conclusion	59
6.1 Implication pour la pratique.....	59
6.2 Besoins de recherches futures.....	60
6.3 Les points forts et les points faibles du travail	61
6.4 Le mot de l'auteur	61

Bibliographie	63
Annexes	66
Annexe 1 : Modèle en spirale du partenariat de collaboration	66
Annexe 2 : Grille de lecture critique d'un article scientifique	68
Annexe 3 : Les grilles d'analyse des douze études scientifiques	69
Annexe 4 : Synthèse des douze études scientifiques.....	105

Introduction

Une hospitalisation en milieu de soins aigus n'est pas de tout repos. Le patient est très souvent sollicité et il doit fréquemment subir des procédures qui s'avèrent être douloureuses. Ces examens ou ces soins douloureux, pratiqués dans l'intérêt du patient, engendrent des douleurs dites induites. Celles-ci ont la caractéristique de pouvoir être anticipées à l'aide de moyens adaptés (Bourreau, 2003, cité par Wrobel, 2005). De nombreuses études ont été réalisées à ce sujet dans le cadre des soins pédiatriques et en néonatalogie, ce qui a favorisé l'intégration de la gestion des douleurs induites au sein de leur pratique professionnelle. Toutefois, ce thème n'est que peu abordé auprès de la population adulte. En effet, bien que la gestion de la douleur se soit affinée depuis ces dernières années auprès de la population adulte, l'intérêt pour les douleurs induites est récent au sein de la littérature et dans les établissements hospitaliers (Cottaux & Collin, 2008).

Ce manque d'égard accordé à la reconnaissance des douleurs induites peut avoir de nombreuses conséquences. A court terme, la personne peut ressentir de la fatigue, de l'anxiété et de l'agitation. Dans les moments où la personne est trop agitée, il se peut que le soin doive se répéter. Les conséquences peuvent également se développer au long terme. Le patient peut ressentir des phobies et ce sentiment peut parfois générer un refus des soins. Les douleurs induites peuvent également altérer la qualité de vie du patient et modifier ses relations soit avec son entourage, soit avec l'équipe soignante (Cimerman & Thibault, 2009).

L'infirmière¹ a un rôle majeur à jouer dans la gestion de la douleur. Elle doit être capable d'évaluer et d'anticiper les douleurs susceptibles d'être ressenties par le patient lors d'une procédure (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011). En effet, l'infirmière étant au plus proche du patient durant toute la durée de son hospitalisation, doit prendre en considération cette douleur induite, car les conséquences qu'elle risque d'engendrer peuvent altérer la relation patient-infirmière. Mais comment l'infirmière peut-elle endosser son rôle dans le contexte des douleurs induites?

¹ Tout au long de ce travail, le terme « infirmière » sera utilisé comme représentant des deux sexes dans le simple but de faciliter la lecture.

Cette revue de littérature va donc s'intéresser aux interventions infirmières permettant de gérer l'anxiété et la douleur provoquées par une procédure douloureuse chez les patients adultes hospitalisés en milieu de soins aigus.

1 Problématique

Il y a de cela des années, la douleur était une sensation qui n'était pas suffisamment traitée. Au fur et à mesure, grâce à l'évolution de la société et de la culture, le sens de la douleur s'est modifié et le corps médical a développé des prises en charge de plus en plus adaptées. Toutefois, la douleur reste un processus complexe. Il est nécessaire de la classer, de mettre en évidence ses caractéristiques et d'identifier le type de douleur, soit aiguë ou chronique. C'est également une sensation totalement subjective, qui est ressentie différemment selon chaque personne. Cette précision augmente d'un niveau sa complexité. En effet, la personne souffrante est la seule capable de définir et d'expliquer sa douleur. Selon Chaffour-Ader & Daydé (2008), il est donc primordial de singulariser toute prise en charge et d'éviter les généralités. Ils précisent que le personnel soignant doit être capable d'écouter, d'analyser et d'établir des actions afin de comprendre au mieux la douleur du patient et ce, pour chaque type de douleur pouvant être causée ou ressentie.

La notion de douleur est une préoccupation majeure des infirmières. Les journées où elles n'y sont pas confrontées sont rares. Mais qu'en est-il des douleurs que le personnel soignant cause aux patients ? Durant leur hospitalisation, les patients sont susceptibles de subir de nombreuses interventions leur induisant de la douleur. Le terme douleur induite « se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées » (Bourreau, 2005, cité par Wrobel, 2005, p.10). Cimerman & Thibault (2009) précisent que « la douleur provoquée par les soins est le plus souvent une douleur aiguë, par excès de nociception, liée à une cause extérieure à la pathologie dont souffre le patient » (p.1). Certains auteurs (Cimerman & Thibault, 2009 ; Metzger et al., 2000) ont listé des soins susceptibles d'induire de la douleur : les ponctions, les injections, les poses de perfusions, les réfections de pansements, les soins de nursing, les mobilisations et les transports, ainsi que les divers actes effectués soit par le médecin, soit par les autres membres de l'équipe soignante, tel que les infirmières, les physiothérapeutes, les aides-soignants, etc. Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive, mais elle permet de se rendre compte que ces situations sont fréquemment rencontrées lors d'une hospitalisation standard dans un milieu de soins aigus et qu'elles n'ont, en ce sens, rien d'exceptionnelles. Dans leur article, Cimerman & Thibault (2009) argumentent le fait que l'intensité de la douleur induite et son

apparition dépendent de divers facteurs. En effet, le soin en lui-même peut être considéré comme le premier facteur, selon sa nature, sa localisation sur le corps du patient et sa durée. De plus, il semblerait que plus le soin se répète, plus il devient douloureux. La situation actuelle du patient est également un facteur identifié par ces auteurs. L'évolution de sa maladie, la raison de son hospitalisation, son âge, son niveau d'anxiété sont tous considérés comme étant des facteurs susceptibles d'influencer l'intensité de la douleur induite. L'environnement dans lequel le patient se situe et, pour terminer, les facteurs liés aux soignants ont également leur importance :

(...) sa connaissance de l'acte, sa dextérité, sa maîtrise technique, son organisation, son état de disponibilité, de calme, sa connaissance et sa maîtrise de l'ensemble des moyens de prévention et de prise en charge de la douleur ont une influence sur l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le soignant, favorisant la limitation de l'anxiété et de la douleur (Cimerman & Thibault, *ibid*, p.2).

Les douleurs induites par les soins ne sont pas sans conséquences. Cimerman & Thibault (*ibid*) indiquent que le manque de considération face aux douleurs induites engendre des répercussions à court terme, mais également à long terme. Les répercussions immédiates peuvent se traduire par de la « (...) fatigue, agitation, malaise, oppression, exaspération, etc. (...) » (p.2). Ces répercussions peuvent également rendre la réalisation du soin plus difficile, ce qui peut à son tour engendrer des répétitions. Les répercussions à long terme se caractérisent par une « (...) dégradation de la qualité de vie, une phobie, une suspension, voire un arrêt des soins. » (p.2).

Le sentiment d'anxiété est une notion supplémentaire ajoutée à la douleur. Du point de vue physiologique, la douleur et l'anxiété sont étroitement liées. Le corps, considérant la douleur comme un danger va alarmer le reste de l'organisme en manifestant de l'anxiété (Nanda international, 2010). Cette précision indique qu'il est nécessaire de prendre en compte l'anxiété du patient dès l'instant où l'on désire gérer sa douleur ou lorsqu'on lui induit des soins douloureux. Ce lien douleur-anxiété est abordé depuis de nombreuses années au sein de la littérature. Une étude réalisée en 1975 par Hayward (citée par Walding, 1991) s'était déjà intéressée à la corrélation entre douleur et anxiété. L'étude avait comme objectif de comparer l'anxiété et la douleur des patients en post-opératoire. Certains d'entre eux avaient reçu des informations sur le déroulement de l'intervention, tandis que d'autres n'avaient pas eu recours à ce genre d'informations. Les résultats de l'étude ont permis à l'auteur d'affirmer que le niveau d'anxiété était lié à la douleur. En effet, les patients du groupe ayant reçu l'information ont ressenti un

niveau de douleur beaucoup moins élevé et se sont remis plus rapidement de l'opération. Bien que cette recherche ne traite pas directement des douleurs induites, elle prouve que la gestion de l'anxiété a un impact sur la gestion de la douleur en général.

En novembre 2004, à Paris, la Société d'Etudes et de Traitement de la Douleur a développé, lors de son troisième congrès, le thème de la douleur induite. Les professionnels de la santé définissaient ce thème comme étant une préoccupation de santé publique. De plus, ils précisaient que ce congrès était le premier congrès médical qui s'intéressait au sujet des douleurs induites (<http://www.sfetd-douleur.org>, consulté le 20 avril 2010). L'article réalisé par Coutaux & Collin en 2008, ayant comme objectif de décrire l'état des lieux de la prévalence des douleurs induites par les soins, a mis en évidence le fait que les premières publications à ce sujet datent des années 1990, bien qu'auparavant ce thème ait été abordé fréquemment dans le domaine des soins à l'enfant. Dès lors, de nouvelles études sont régulièrement menées et les auteurs de ces travaux sont souvent représentés par des infirmières. Ces informations permettent d'affirmer que le thème des douleurs induites est un thème récent au sein de la littérature et qu'il concerne étroitement la pratique infirmière.

En effet, la prise en charge de la douleur fait partie intégrante du rôle infirmier. Avet et al. (2006) précisent qu'elle est même une priorité pour le corps médical, et tout particulièrement pour les infirmières. Est-ce également le cas pour les douleurs qu'engendre lui-même le corps médical ? Concernant la prise en charge des douleurs provoquées par les soins, une étude quantitative réalisée aux Etats-Unis (Puntillo et al., 2002) s'est intéressée à la gestion des douleurs induites causées par six procédures : les mobilisations, l'insertion de cathéters veineux centraux, l'ablation de drains, la réfection de pansements sur des brûlures, l'aspiration trachéale et l'ablation de gaines fémorales. Sur les 5957 patients interrogés, 63% n'ont pas reçu de traitement antalgique avant et/ou pendant la procédure. Pourtant, la quasi-totalité des patients ont précisé avoir ressenti de la douleur durant le soin. Ces données sont similaires à l'article de Coutaux & Collin (2008), qui affirme que la douleur induite est peu évaluée et traitée, étant donné que les soignants ont actuellement de la difficulté à la reconnaître.

Il faut être conscient que les soins douloureux ne peuvent pas être bannis. Chaffour-Ader & Daydé (2008) identifient les douleurs induites comme étant un paradoxe pour les infirmières. Le fait d'induire de la douleur à la personne est une situation qui remet

en question l'idéal de la profession. En effet, la notion de bienfaisance et la relation établie entre l'infirmière et le patient se trouvent corrompues dans les situations des douleurs induites. « La problématique du soignant consistera à trouver des solutions pour sortir de ce paradoxe » (Chaffour-Ader & Daydé, *ibid*, p.127). Mais justement, qu'elles sont ces solutions ? Comment parvenir à gérer l'anxiété et la douleur ressenties lors d'un soin douloureux chez les patients adultes ? Certaines interventions sont proposées au sein de la littérature, mais toutes semblent être superficielles, mise à part les protocoles établis au sein du contexte des soins à l'enfant. Il y a en effet peu d'argumentations concernant leur utilisation auprès de patients adultes. Pourquoi celle-ci et pas une autre ? Qu'elles sont leurs avantages et leurs effets au niveau de la douleur et de l'anxiété ? Ce sont toutes ces interrogations qui ont guidés l'élaboration de la question de recherche.

1.1 But et question de recherche

Cette revue de littérature est basée premièrement sur les données issues de la littérature et de la théorie, mais également sur sa pertinence avec la pratique. En effet, ces situations sont rencontrées au quotidien dans les soins infirmiers. Son but est donc d'identifier les interventions infirmières qui permettent de gérer l'anxiété et la douleur du patient induites par des procédures douloureuses et de se pencher plus précisément sur une population adulte hospitalisée en milieu aigu.

Cette thématique a amené à la question de recherche suivante :

Quelles sont les interventions infirmières permettant de gérer l'anxiété et la douleur des patients adultes subissant des procédures douloureuses dans un milieu de soins aigus ?

2 Cadre de référence

Cette revue de littérature est composée d'un cadre de référence qui se base sur le partenariat infirmière-patient, et de deux concepts que sont la douleur et l'anxiété.

2.1 Le partenariat infirmière-patient

Le choix de ce cadre de référence a été guidé par la lecture de diverses études en lien avec la question de recherche. Il s'est avéré que les notions de « faire avec le patient », d'élaborer des interventions en lien avec ses besoins et de s'adapter à ses propres stratégies d'adaptation, ont été fréquemment mentionnées dans la littérature. De plus, comme cela est mentionné dans la problématique, la douleur est une sensation subjective. En effet, la personne souffrante est la seule à pouvoir définir et expliquer sa douleur. Ce qui laisse penser qu'il est nécessaire de l'intégrer dans l'élaboration de la prise en charge. Le partenariat infirmière-patient s'est donc avéré être le cadre de référence le plus adapté à cette revue de littérature.

Durant de longues années, la relation hiérarchique traditionnelle a été la relation de base pratiquée dans les soins infirmiers. Cette forme de relation peut également être définie comme une approche paternaliste : ces relations préconisent le fait que le professionnel est le seul à « savoir » ce qui est juste ou faux. Il est l'unique expert de la situation. Dans cette logique, le patient a donc la place du « suiveur ». Son rôle est de suivre l'expert et les propositions de ce dernier.

Comme nous le rappellent certains auteurs (Cameron, 2004 ; Hartrick, 2004 cités par Gottlieb & Feeley, 2007), le partenariat entre l'infirmière et le patient est une notion qui est utilisée depuis de nombreuses années. Toutefois, ce type de relation était principalement rencontré dans les approches de promotion et de prévention. Selon Gottlieb & Feeley (2007) :

Les rationalisations, les fusions et les réorganisations qui ont marqué le système de soins de santé dans les années 1990, au Canada comme dans le reste du monde, ont entraîné de profonds bouleversements. (...) Le partenariat de collaboration n'est plus l'apanage des services de promotion de la santé et de prévention de la maladie : il fait désormais son entrée dans les services de santé primaires et secondaires (p.V).

Cette évolution permet d'identifier la source du modèle de partenariat. Ce modèle est constitué de notions issues de la promotion comme la relation d'autodétermination, du terme anglais empowerment.

Gottlieb & Feeley (ibid) mettent en évidence trois aspects fondamentaux qui distinguent la relation hiérarchique de la relation de partenariat :

- La notion d'expert : dans la relation hiérarchique, c'est le professionnel qui est l'expert de la situation. Au contraire, dans le partenariat, le professionnel convient que le patient a également des savoirs qu'il est nécessaire de prendre en compte dans l'élaboration des soins.
- La prise de décisions : selon sa logique, la relation hiérarchique désigne le professionnel comme étant la seule personne à pouvoir prendre des décisions. Dans le partenariat, cette prise de décisions dépend des deux partenaires, soit le professionnel et le patient.
- L'équilibre : le partenariat offre aux deux partenaires l'avantage d'une relation en équilibre, contrairement à la relation hiérarchique où l'on considère le professionnel comme étant supérieur au patient.

Gottlieb & Feeley (ibid) définissent le partenariat comme étant « le partage du pouvoir et de l'expertise ; la poursuite d'objectifs centrés sur la personne et conjointement établis ; le déclenchement d'un processus dynamique nécessitant la participation active et l'accord de tous les partenaires de la relation. » (p.9). Le partenariat peut également être décrit à l'aide du « triangle pédagogique ». Selon Houssaye (1993), le triangle est composé de trois bases à savoir le professeur, le savoir et l'élève. En remplaçant ces personnes par le patient, le soignant et le savoir, cela permet d'illustrer le partenariat.

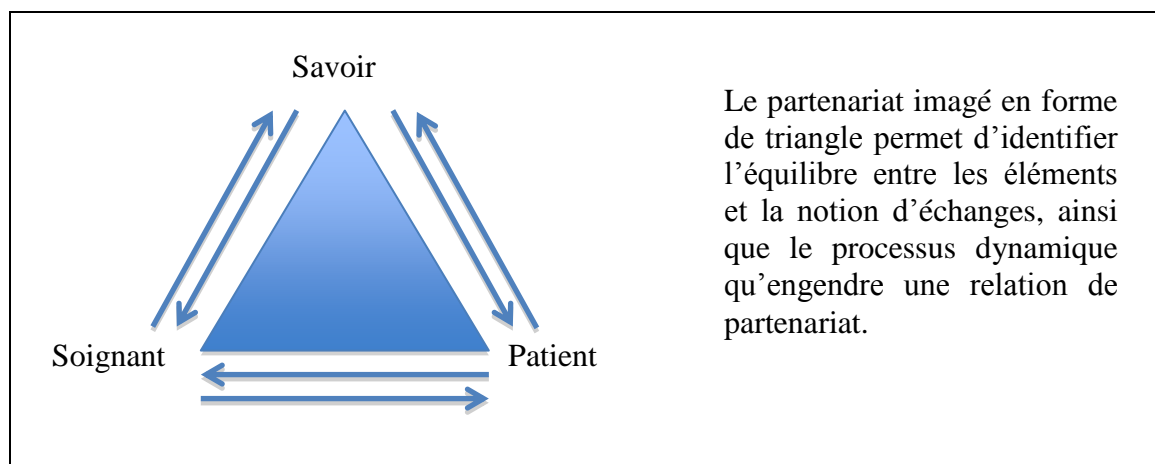


Fig. 1 : triangulation de la relation de partenariat

D'autres auteurs (Moudarres & Ezzer, 1995, cités par Gottlieb & Feeley, 2007) ont décrit un modèle en spirale du partenariat² composé de quatre phases. Lors de chaque phase, tous les partenaires ont leur propre rôle à jouer et ces derniers se complètent. Ces phases ne sont pas linéaires et les participants peuvent se permettre d'évoluer étape par étape selon leur propre rythme.

Les professionnels doivent être conscients que la mise en place de la relation de partenariat est influencée selon divers facteurs. Gottlieb & Feeley (2007) identifient les éléments qui sont à prendre en considération lors de la mise en place de ce type de relation. Dans un premier temps, il est nécessaire de tenir compte du moment, c'est-à-dire de la période que le patient est en train de traverser. L'infirmière doit être capable de « mesurer le degré de participation que souhaite la personne, respecter cette préférence et adapter le partenariat en conséquence » (Gottlieb & Feeley, *ibid*, p.57). Les facteurs personnels, de l'infirmière et du patient, font partie des éléments influençant la mise en place du partenariat. Gottlieb & Feeley (*ibid*) identifient 7 facteurs personnels qui influencent le partenariat :

- Les croyances et les attentes relatives à soi, à l'autre et à la relation ;
- Les connaissances relatives à soi et à la situation de soins de santé ;
- Les aptitudes à la pensée critique ;
- Les modes d'apprentissage ;
- La motivation ;
- Les aptitudes à la communication et aux relations interpersonnelles ;
- L'état physique et mental (p.58).

Les facteurs relationnels et environnementaux sont les deux derniers facteurs susceptibles d'influencer le partenariat. Les facteurs relationnels définissent l'historique de la relation et la compatibilité entre l'infirmière et le patient.

L'historique de la relation entre l'infirmière et la personne comprend plusieurs éléments : la durée de leur relation, leur degré de familiarité et d'aisances l'une avec l'autre, la confiance qu'elles se portent mutuellement, le type d'expériences qu'elles

² Se reporter à l'annexe 1 : modèle en spirale du partenariat de collaboration.

ont vécues ensemble et les circonstances de leur première rencontre (Gottlieb & Feeley, *ibid*, p.64).

Pour terminer, les facteurs environnementaux sont composés de tous les éléments propices à l'établissement hospitalier, comme sa philosophie et sa politique de soins.

Le rôle de l'infirmière est basé sur des stratégies qui permettent, selon Gottlieb & Feeley (*ibid*), de favoriser la mise en place du partenariat. Ces stratégies se basent sur les grands principes du partenariat :

- Maintenir le partage du pouvoir : les stratégies qui permettent le partage du pouvoir sont principalement axées sur l'apport d'informations, tout en l'adaptant au patient, et de convier la personne à participer à la prise en charge, par exemple en travaillant avec la personne ou en lui demandant son avis.
- Maintenir l'ouverture d'esprit et le respect : le fait d'être disponible pour la personne et valider ses propos sont des stratégies qui permettent de maintenir une ouverture d'esprit et d'offrir des preuves de respect.
- Favoriser une attitude non-critique et l'acceptation : le professionnel doit éviter de juger la personne et sa manière de prendre en charge sa propre situation.
- Tolérer l'ambiguïté : le professionnel doit admettre qu'à certains moments, il faut se laisser guider par le patient.

Pour terminer, le professionnel doit être capable de se remettre en question et d'ajuster sa relation de partenariat. Une des stratégies est de pouvoir en parler au sein de l'équipe. En résumé, le rôle infirmier gravite autour des éléments-clés qui constituent l'ensemble du concept du partenariat infirmière-patient.

2.2 Concepts intégrés au cadre de référence

Le concept de la douleur et le concept de l'anxiété ont été choisis en raison de leur pertinence et leur adéquation à la question de recherche.

2.2.1 Concept de la douleur

La douleur est définie comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Merskey & Bogduk, 1994, cités par Brunner, Suddarth, Smeltzer & Bare, 2006, p.280). L'International Association for the Study of Pain (IASP), quant à elle, a préconisé une définition

internationale qui est quasi semblable à la précédente : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrit en terme d'un tel dommage » (citée par Boccard & Deymier, 2006, p.8). Cette dernière phrase met en évidence le fait que la douleur ne peut être définie et expliquée que par la personne qui la subit, ce qui rend sa prise en charge complexe.

Avet et al. (2006) décrivent quatre composantes de la douleur :

- La composante sensori-discriminative : elle permet de décrire la douleur.
- La composante affectivo-émotionnelle : elle décrit comment, au niveau émotionnel, la douleur est ressentie.
- La composante comportementale : c'est le comportement que le personnel soignant observe chez le patient qui ressent de la douleur.
- La composante cognitive : c'est la manière dont la pensée peut modifier la sensation de douleur.

Après avoir pris en compte les composantes de la douleur qui lui donnent un sens général, il est nécessaire de maîtriser la physiopathologie. « L'expérience sensorielle de la douleur dépend de l'interaction entre le système nerveux et l'environnement. Les systèmes nerveux central et périphérique doivent tous deux intervenir pour traiter les stimuli nocifs et donnent naissance à la perception douloureuse » (Brunner et al., 2006, p.285). Cette perception permet d'avoir des informations beaucoup plus précises et ciblées au sujet des douleurs. Brunner et al. (2006) mettent en évidence le fait que, dans l'organisme, la transmission de la douleur dépend :

- Des nocicepteurs : ils réagissent seulement aux stimuli qui sont susceptibles de provoquer un dommage inflammatoire au niveau des tissus. L'inflammation est causée par la libération des prostaglandines, qui eux-mêmes sont responsables de l'activation des nocicepteurs.
- Du système nerveux périphérique : une fois que les nocicepteurs ont réagi, le système nerveux périphérique établit des potentiels d'actions. Ces derniers vont partir de la périphérie pour aller en direction de la moelle épinière. Cela concerne une douleur profonde, issue des couches profondes de la peau, des muscles et/ou des articulations.

- Du système nerveux central : une fois que l'information douloureuse est arrivée jusqu'au système nerveux central, l'individu va alors pouvoir ressentir et situer la sensation de douleur.

La complexité de la douleur ne s'arrête pas là. Il s'agit dès lors d'être capable de repérer la classification, les mécanismes et les composantes de la douleur. Ces distinctions sont essentielles dans le but d'établir des actions adéquates. Les auteurs (Chauffour-Ader & Daydé, 2008 ; Brunner et al., 2006 ; Avet et al., 2006) présentent la classification de la douleur de deux manières :

- 1) La douleur aiguë : cette dernière a une apparition récente et elle est en lien direct avec une lésion. Sauf exception, ce type de douleur diminue progressivement. La douleur aiguë joue un rôle au niveau de l'organisme, car elle met en évidence un danger. Elle peut être considérée comme un signal d'alarme.
- 2) La douleur chronique : ce type de douleur se caractérise par le fait de persister par rapport à sa période de guérison normalement attendue. De plus, l'étiologie de cette douleur est souvent inconnue. À la différence de la douleur aiguë, elle ne met pas en évidence un problème, mais elle est considérée comme étant le problème.

Pour les différencier, il est donc nécessaire de prendre en compte leur durée. La douleur aiguë est une douleur qui ne se prolonge pas à plus de 6 mois, tandis que la douleur chronique dépasse 6 mois. Les auteurs Brunner et al. (2006), précisent que cette durée ne permet pas de définir à elle seule le type de douleur, mais qu'il est nécessaire de prendre en compte d'autres éléments. Néanmoins, cela donne une bonne information de base. Comme précisé ci-dessus, la notion de mécanisme doit également être prise en compte pour évaluer la douleur. Avet et al. (2006) définissent différents types de douleurs :

- Les douleurs nociceptives associées à une lésion tissulaire d'origine mécanique (fracture, compression, etc.), thermique (brûlure), inflammatoire (otite) ;
- Les douleurs neuropathiques associées à un dysfonctionnement du système nerveux [...]. Les causes de ce type de douleurs sont multiples (traumatiques, toxiques, métaboliques, infectieuses, etc.) ;

- Les douleurs mixtes, c'est-à-dire à la fois nociceptives et neuropathiques ;
- Les douleurs viscérales ;
- Les douleurs inexplicables, parfois qualifiées de psychogènes et qui, dans ce cas seraient la manifestation de défenses psychiques insuffisantes (p.46).

Selon Avet et al. (ibid), il est nécessaire de connaître les aspects de la physiopathologie de la douleur afin de l'évaluer de manière optimale. Il existe divers outils de mesures et sont principalement élaborés sous forme d'échelles. Ils identifient trois échelles quantitatives :

- L'échelle verbale simple (EVS) qui comprend 5 niveaux de douleur (pas de douleur (0), douleur faible (1), douleur modérée (2), douleur intense (3), douleur extrêmement intense (4)) ;
- L'échelle numérique (EN) permet au patient de donner une note de 0 à 10 à la douleur ressentie (0 absence de douleur, 10 douleur maximale imaginable) ;
- L'échelle visuelle analogique (EVA) se présente sous la forme d'une règle à deux faces. La face présentée au patient comporte une ligne horizontale (horizontale chez l'adulte, verticale et triangulaire chez l'enfant) et un curseur qu'il peut déplacer le long de cette ligne, en fonction de l'intensité de la douleur ressentie. Côté soignant nous retrouvons la correspondance chiffrée (0 à 10) (p.58).

Il existe également des échelles multidimensionnelles, qui sont principalement axées sur des questionnaires, et des échelles comportementales. Le choix de l'échelle s'appuie sur l'âge du patient et sur sa capacité à pouvoir l'utiliser. Au final, l'évaluation de la douleur permet au personnel soignant de reconnaître les patients qui ressentent de la douleur, de diminuer cette subjectivité de la douleur et de guider la mise en place des traitements et d'apprécier leur efficacité (Chaffour-Ader & Daydé, 2008).

La classe de douleurs qui va être traitée dans ce travail concerne les douleurs aiguës qu'engendrent certains soins infirmiers, comme par exemple : les prises de sang, la pose de cathéter intraveineux ou la réfection de pansements ; mais également les interventions médicales comme les biopsies, les gazométries, etc. Ces gestes vont représenter l'ensemble des procédures étant susceptibles de provoquer des douleurs induites.

2.2.2 Concept de l'anxiété

Plusieurs éléments ont guidé le choix de ce concept. Dans un premier temps, l'anxiété fait partie des composantes affectivo-émotionnelles de la douleur. Même à une faible intensité, la douleur a toujours un retentissement affectif (Avet et al., 2006). Cette précision semble être prise en compte dans la quasi-totalité des articles scientifiques abordant le thème des douleurs induites. En effet, il est rare que les auteurs n'aient pas pris en considération l'impact du soin douloureux sur le niveau d'anxiété du patient. Ces apports théoriques et le lien physiologique entre la douleur et l'anxiété, ainsi que sa mise en évidence dans les articles scientifiques, favorisent le choix de ce concept.

La notion d'anxiété est régulièrement associée à la notion d'angoisse. Il y a pourtant des différences entre ces deux termes. Selon Syllamy (1983, cité par Perrinjaquet, s.d.), l'anxiété est différenciée de l'angoisse par une absence de modifications physiologiques. Dit d'une autre manière, « il convient de distinguer l'anxiété qui est davantage pensée et moins paroxystique, de l'angoisse qui est massive et vécue dans le corps » (Perrinjaquet, s.d., p.8). Malgré cette distinction, à l'heure actuelle, le DSM-IV et les diagnostics infirmiers utilisent ces termes comme synonymes et ne font plus de différence.

Le Nanda International (2010) définit l'anxiété comme étant :

Un vague sentiment de malaise, d'inconfort ou de crainte accompagnée d'une réponse du système nerveux autonome ; sa source est souvent non spécifique ou inconnue pour la personne. Sentiment d'appréhension généré par l'anticipation du danger. Il s'agit d'un signal qui prévient d'un danger imminent et qui permet à l'individu de réagir face à la menace (p. 324).

Il met également en évidence plusieurs caractéristiques de l'anxiété :

- Les caractéristiques comportementales
- Les caractéristiques affectives
- Les caractéristiques physiques
- Les caractéristiques physiologiques
- Les caractéristiques cognitives

Elles permettent de mieux cerner les différentes manières par lesquelles l'anxiété peut se traduire. Le diagnostic infirmier de l'anxiété tient également compte de différents facteurs tels que : la crise dans une situation, un risque de mort, le stress, les

modifications ou risques de modification au niveau du statut, de la santé, de la personne, de l'environnement, etc. Ces facteurs sont favorisant au développement de l'anxiété. En plus de ces caractéristiques, Pull (1987, cité par Perrinjaquet, s.d.), précise une classification des états anxieux :

- Les états anxieux névrotiques
- Les états anxieux psychotiques
- Les états anxieux symptomatiques
- Les états anxieux réactionnels

Tout comme la douleur, le niveau d'anxiété peut se mesurer à l'aide de divers outils. Selon Bouvard & Cottraux (1996), l'échelle la plus utilisée est l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. Elle a été conçue afin de mesurer la sévérité de l'anxiété. Ils identifient également trois autres échelles qui sont à disposition pour évaluer le niveau d'anxiété généralisée :

- Le « Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State », de Meyer ;
- Le « Pourquoi s'inquiéter ? », de Rhéaume ;
- « L'inventaire d'anxiété état-trait », de Spielberger.

Ce travail va principalement s'intéresser aux états anxieux réactionnels. Cet état d'anxiété est généralement ressenti après une situation provoquant un stress. La personne, n'arrivant pas à gérer la situation de stress, va alors ressentir de l'anxiété. En effet, c'est le seul aspect de l'anxiété qui peut se lier aux douleurs induites. Les autres se situent principalement d'un point de vue pathologique. L'anxiété « pathologique », principalement abordée dans le domaine de la psychiatrie, ne sera volontairement pas abordée dans cette revue de littérature.

3 Méthodologie

Ce travail base sa méthodologie sur le type d'une revue de littérature étoffée. Selon Fortin (2006), cette méthode de recherche permet de « combiner les résultats d'études déjà publiées sur le sujet et à en faire la synthèse pour arriver à une conclusion unique » (p.202). De cette manière, les éléments les plus pertinents et les manques, en lien avec la pratique soignante, peuvent être identifiés. Une revue de littérature permet également de s'initier à de nouvelles connaissances concernant le sujet abordé et de se questionner par rapport à ces données. Du point de vue des profits, ce genre de méthode offre un gain de temps et d'argent. De plus, comparé aux autres styles de travaux, le fait de synthétiser plusieurs résultats issus de diverses études donne plus de poids aux données finales que lorsque les résultats ne sont issus que d'une seule étude (Loiselle, 2007).

La première étape du travail s'est intéressée aux données de la littérature traitant des douleurs induites. Ce premier contact avec le thème de cette revue de littérature a contribué à la formulation de la question de recherche. La deuxième étape a été l'identification des mots-clés qui ont été nécessaires pour la recherche d'études scientifiques. En effet, les études qui ont été intégrées à cette revue de littérature ont été recherchées à l'aide de mots-clés qui ont par la suite été retranscrits en « Mesh-terms ». Ces « Mesh-terms » ont été utilisés au sein de la base de données de Medline / Pubmed. D'autres recherches ont été réalisées en parallèle sur la base de données Cinhal.

Afin d'identifier et de retenir les études les plus appropriées à la question de recherches, des critères d'inclusions et d'exclusions ont été établis.

Critères d'inclusion

- Echantillons constitués de participants adultes
- Etudes désignant des procédures provoquant de l'anxiété ou de la douleur
- Procédures réalisées par des infirmières ou en collaboration avec le médecin
- Contexte de soins aigus
- Propositions d'interventions
- Etudes publiées entre 2001 et 2011
- Etudes rédigées en français ou en anglais

Critères d'exclusion

- Echantillons constitués d'enfants et de personnes âgées
- Contexte pédiatrique
- Douleur chronique
- Etudes datant de plus de dix ans

Au début des recherches, les résultats concernant les douleurs induites ressenties chez une population adulte hospitalisée en milieu aigu n'étaient que peu nombreux. En effet, les publications à ce sujet sont plus fréquentes dans le milieu pédiatrique qu'au sein des adultes. Cette constatation a également été faite par de nombreux auteurs comme par exemple Thibault-Wanquet (2010) et Coutaux & Collin (2008). De plus, l'identification des « Mesh-terms » pour certains mots-clés utilisés s'est avérée difficile. Néanmoins, au final, avec des « Mesh-terms » adéquats, la consultation de diverses bases de données et l'examen des bibliographies des différentes recherches, un total de douze études scientifiques a pu être incorporé au travail. En majorité, les études ont pu être consultées en texte intégral depuis les bases de données. Néanmoins, trois études ont dû être commandées à l'aide du fournisseur Subito.

3.1 Stratégies de recherche

Voici la description des résultats des stratégies de recherches. Les « Mesh-terms » et les mots-clés, ainsi que leur association sont identifiés dans la première partie du tableau. L'on constate que les termes Pain, Adult et Anxiety sont les éléments les plus fréquemment associés aux diverses stratégies. Le solde des données offre une vision générale des données actuellement rédigées sur les douleurs induites et présente un aperçu des douze études qui vont être prochainement détaillées.

Au final, douze études scientifiques ont pu être obtenues à l'aide de neuf stratégies de recherches.

Banque de données : Medline / Pubmed				
Mesh-Terms	Résultats	Etudes Retenues	Devis	Pertinence de l'étude
Cognitive Therapy [Mesh] AND Adult [Mesh] AND Pain [Mesh]	375 résultats	Jacobson, A.F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for IV insertion pain. <i>AORN Journal</i> , 6, 1031-1048.	Essai contrôlé randomisé	11 /12
		Kwekkeboom, K.L. (2003). Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. <i>Oncology nursing forum</i> , 3, 433-440.	Essai contrôlé randomisé	11 /12
Communication [Mesh] AND Adult [Mesh] AND Pain [Mesh] AND Anxiety [Mesh]	95 résultats	Hilzenrat, N., Yesovitch, R., Shrier, I., Stavrakis, M. & Deschênes, M. (2006). The effect of information level and coping style on pain and anxiety in needle liver biopsy. <i>Canadian journal of gastroenterology</i> , 9, 597-600.	Essai contrôlé randomisé	8 /12
Nurse's Role [Mesh] AND Adult [Mesh] AND Communication [Mesh] AND Pain [Mesh]	48 résultats	Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy : how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced ? <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 20, 282-292.	Qualitatif (sans précision)	11 /12
		Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T. & Puukka, P. (2008). The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. <i>Journal of advanced nursing</i> , 5, 504-513.	Etude transversale	10 /12

Therapeutics [Mesh] AND Adult [Mesh] AND Pain [Mesh] AND Anesthetics, Local [Mesh]	2070 résultats	Valdovinos, N.C., Reddin, C., Bernard, C., Shafer, B. & Tanabe, P. (2009). The use of topical anesthesia during intravenous catheter insertion in adults : a comparison of pain scores using LMX-4 versus placebo. <i>Journal of emergency nursing</i> , 4, 299-304.	Essai contrôlé randomisé, en double aveugle	10 /12
Comprehension [Mesh] AND Communication [Mesh] AND Anxiety [Mesh] AND Adult [Mesh]	15 résultats	Obled, S. et al. (2007). Patient information for liver biopsy : impact of a video movie. <i>Gastroentérologie clinique et biologique</i> , 3, 274-278.	Essai contrôlé randomisé	8/12
Banque de données : Cinhal				
Mots-clés	Résultats	Etudes Retenues	Devis	Pertinence de l'étude
Painful procedure Nursing role Education	10 résultats	Ylinen, E.R., Vehvilainen-Julkunen, K. & Pietila, A.M. (2007). Nurses knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management. <i>Journal of clinical nursing</i> , 6, 1125-1133.	Quantitatif (sans précision)	10 /12
Hypnosis Anxiety Pain	81 résultats	Elkins, G. et al. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening : Case studies and possibles benefits. <i>Journal of clinical and experimental hypnosis</i> , 4, 416-431.	Rapport de cas	9 /12

Etudes issues de bibliographies			
Etudes bibliographies consultées	Etudes retenues	Devis	Pertinence de l'étude
Coutaux, A. & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. <i>Douleur et Analgésie</i> , 21, 126-138.	Coutaux, A. et al. (2008). Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study. <i>European Journal of Pain</i> , 1, 3-8.	Etude transversale	10 /12
	Puntillo, K. & Ley, S.J. (2004). Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. <i>American Journal of Critical Care</i> , 4, 292-301.	Essai contrôlé randomisé, en double aveugle	11 /12
Moteur de recherche : Google			
Mots-clés	Etude retenue	Devis	Pertinence de l'étude
MEOPA Procédures douloureuses Adulte	Krakowski, I. et al. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2 premix, and effective and well tolerated method. <i>Douleur et analgésie</i> , 23, 113-120.	Essai contrôlé randomisé	11 /12

3.2 Analyse des études

Les premières lectures des études ont été faites à partir de leur résumé. Du moment où l'étude paraissait pertinente, une traduction complète était réalisée. En effet, la majorité des études étaient rédigées en anglais. Cette étape a été la plus longue et la plus difficile du point de vue de la méthodologie. La pertinence des études, évaluée sur un total de 12 points, a été réalisée à l'aide d'une grille de lecture³ conçue dans le but d'établir un regard critique sur les études scientifiques. Suite à l'évaluation des études à l'aide de cette grille, deux recherches (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011 ; Lang et al., 2000) n'ont pas pu être retenues en raison de leur faible pertinence par rapport à certains critères. Elles ne sont donc pas présentées dans le tableau, étant donné qu'elles n'ont pas été intégrées à l'analyse des résultats. Toutefois, le contenu de ces études a pu être employé au sein de la discussion.

Pour que l'étude soit retenue, il fallait impérativement que les auteurs aient respecté les normes éthiques et que les données issues des résultats et de la discussion amènent un élément nouveau à la question de recherche de cette revue de littérature.

A posteriori, une grille d'analyse⁴ a été complétée pour chaque étude. Les douze recherches ont ensuite été synthétisées afin de faciliter le regroupement des données⁵. Selon Loiselle (2007), la synthèse des données est l'un des principes de base d'une revue de littérature. Cette synthèse a donné naissance à deux catégories d'interventions, qui ont été associées aux arguments des auteurs, ainsi qu'au cadre théorique et aux concepts, pour apporter au final une réponse à la question de recherche identifiée en début de travail. L'on peut constater que la méthodologie standard d'une revue de littérature a été appliquée lors de ce travail, afin de parvenir à des résultats fiables.

³ Se reporter à l'annexe 2 : grille de lecture critique d'un article scientifique.

⁴ Se reporter à l'annexe 3 : les grilles d'analyse des douze études scientifiques.

⁵ Se reporter à l'annexe 4 : synthèse des douze études scientifiques.

4 Résultats

Concernant les études analysées, onze études sur douze abordaient un devis quantitatif. Sur ces onze études, la méthodologie la plus utilisée par les auteurs était les essais contrôlés randomisés. Les autres recherches comptaient deux études transversales, une étude de cas et deux études ne fournissant pas davantage d'informations mis à part que l'une d'entre elle était quantitative et que l'autre entamait un devis qualitatif.

Du point de vue de la démographie des résultats, le regroupement des participants des douze études scientifiques offre un échantillon de 1964 patients et 301 infirmières pour cette revue de littérature. Les patients étaient généralement semblables en tout point, à l'exception du sexe. En effet, les hommes et les femmes n'étaient également représentés que dans trois études, alors que dans cinq études sur douze les femmes étaient majoritaires et dans les quatre études restantes, les hommes étaient au contraire plus nombreux. L'échantillon des infirmières, était quant à lui principalement composé de femmes. Concernant les contextes de soins, les plus représentés étaient les services de médecine et de chirurgie, puis l'oncologie. Venaient ensuite les services de gastroentérologie et une étude s'est déroulée dans une unité d'ORL. Le contexte de la présente revue de littérature peut alors se classer dans le milieu des soins aigus. Avant d'entamer les résultats, voici la liste des procédures que les auteurs ont intégrées à leurs recherches en raison de leur répercussion douloureuse :

- Insertion de cathéter intraveineux
- Examen du colon à l'aide d'une coloscopie
- Biopsie du foie
- Ablation de drain thoracique
- Les procédures invasives rencontrées en oncologie telles que les biopsies, placement ou ablation d'un cathéter central, ablation de drain, ponctions, etc.

A la suite de l'analyse des douze articles de recherches, deux principales catégories concernant les interventions infirmières ont pu être identifiées. La première catégorie est composée d'interventions pharmacologiques, principalement basées sur l'utilisation d'anesthésiants topiques, d'injections de morphine et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens ainsi que l'utilisation du MEOPA. La deuxième catégorie identifie les interventions non-pharmacologiques telles que les interventions cognitivo-

comportementales, les interventions psycho-corporelles, l'apport d'informations et les compétences et connaissances des infirmières en lien avec la gestion des douleurs induites.

4.1 Les interventions pharmacologiques

Les interventions pharmacologiques sont issues de trois recherches scientifiques qui avaient comme objectif d'évaluer leur efficacité auprès d'une population adulte.

4.1.1 Les anesthésiants topiques

L'étude randomisée en double aveugle réalisée par Valdovinos, Reddin, Bernard, Shafer & Tanabe (2009) avait comme objectif de comparer l'effet d'une crème anesthésiante et d'une crème placebo sur l'intensité de la douleur lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux. Tous les participants (n= 43) ont reçu de manière aléatoire une crème anesthésiante sur une main et la crème placebo sur l'autre main. Les résultats de l'étude ont indiqué une efficacité de la crème anesthésiante dans la gestion de la douleur induite par l'insertion d'un cathéter intraveineux. En effet, les scores de douleurs notés lors de l'insertion du cathéter intraveineux avec la crème anesthésiante étaient significativement inférieurs ($p = .003$) aux scores notés avec la crème placebo. Le score moyen de la douleur, évalué à l'aide d'une échelle visuelle analogique, était de 3,2 cm avec la crème anesthésiante contre 4,67 cm pour la crème placebo. Les auteurs (ibid) avaient également l'objectif d'identifier une éventuelle corrélation entre la difficulté d'insertion et l'utilisation d'anesthésiant topique. Sur l'ensemble des insertions, ce qui représentait deux insertions par patient soit au total 86, il y en a trois qui ont été manquées dans le groupe placebo et six dans le groupe de la crème anesthésiante. Valdovinos et al. (ibid) n'ont pas jugé ces données comme étant significatives et aucune corrélation n'a pu être démontrée entre la difficulté d'insertion et l'utilisation d'anesthésiant topique, tel que les crèmes anesthésiantes. Ce type d'interventions pharmacologiques peut être transposé à d'autres procédures comme le propose l'étude de Coutaux et al. (2008). Les chercheurs ont interrogé des patients hospitalisés en milieu de soins aigus afin d'identifier les procédures les plus douloureuses et les plus fréquentes rencontrées durant leur hospitalisation. L'événement le plus souvent décrit comme douloureux, par les 684 patients, était les ponctions vasculaires. Elles ont été citées 255 fois, ce qui représentaient le 38% des procédures identifiées. Toutefois, concernant les anesthésiants topiques, les auteurs (Coutaux et al., ibid) ont précisé que

ces moyens pharmacologiques étaient à peine utilisés au sein des deux établissements où se déroulait leur étude.

L'utilisation des anesthésiants topiques, principalement les crèmes anesthésiantes, s'est révélée être efficace dans la gestion des douleurs induites lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux, sans pour autant augmenter la difficulté d'insertion.

4.1.2 L'administration de morphine et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens par voie intraveineuse

L'étude réalisée par Puntillo & Ley (2004) s'est préoccupée des douleurs induites ressenties lors de l'ablation de drains thoraciques. Les auteurs ont proposé deux types d'interventions et les ont liées entre elles. Une des interventions était basée sur l'injection de 4 mg de morphine et 30 mg de ketorolac par voie intraveineuse. La deuxième intervention était l'apport d'informations sensorielles et l'apport d'informations procédurales. Les patients étaient ensuite répartis de manière aléatoire dans l'un des quatre groupes de traitement. Suite à la mise en place de ces interventions, quatre facteurs ont été évalués : l'intensité de la douleur, la détresse de la douleur, le niveau de sédation et la définition de la douleur par les patients. Les différences entre les groupes, au niveau des quatre variables, étaient tellement minimales que les auteurs ont décidé de regrouper les données. Cette alliance a présenté une intensité moyenne de la douleur à 3,26 sur 10 et une angoisse moyenne de la douleur de 2,98 sur 10. Suite à ces données générales, les auteurs ont distingué les deux types d'interventions. De ce fait, l'administration de morphine et de ketorolac va être développée ci-dessous, tandis que l'apport d'informations sera prochainement développé dans le sous-chapitre « Interventions non-pharmacologiques » situé à la page 31.

Vingt minutes après l'ablation du drain thoracique, les auteurs (Puntillo & Ley, *ibid*) ont évalué le niveau de sédation de chaque patient à l'aide de *The observer's assessment of alertness/sedation scale* (Chernik et al., 1999, cités par Puntillo & Ley, *ibid*). Les résultats issus de l'alliance des données de chaque groupe ont démontré un score moyen de sédation de 19,04 sur 20. Ces données ont permis aux auteurs de constater que les dosages utilisés dans l'étude n'engendraient aucun effet sédatif et permettaient toutefois d'atténuer la douleur induite ressentie par le patient. Cependant, les résultats n'ont pas permis de définir lequel de ces deux traitements était le plus efficace.

4.1.3 L'utilisation du MEOPA⁶

Le MEOPA est un moyen fréquemment utilisé au sein du contexte de pédiatrie. Ce succès a amené Krakowski et al. (2010) à développer une recherche sur le thème de l'utilisation du MEOPA auprès d'adultes afin de gérer les douleurs induites lors de procédures invasives en oncologie. L'étude englobait huit procédures différentes, mais la majorité était des retraits de drains et des biopsies (os, moelle, etc.). Cette étude randomisée avait comme objectif de prouver l'efficacité du MEOPA face à un mélange gazeux placebo, et d'évaluer sa maniabilité par l'équipe soignante. Afin d'avoir une donnée initiale, les auteurs (Krakowski et al., *ibid*) ont évalué l'intensité de la douleur des 199 patients avant la procédure à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 à 100 mm. Les patients qui avaient indiqué un score de 0 mm étaient considérés comme des patients sans fond douloureux. Dès que ce score dépassait les 0 mm, les patients présentaient alors un fond douloureux. La douleur moyenne, au sein de ce groupe, était de 40 mm sur l'EVA.

Les résultats ont démontré une différence significative ($p = .006$) entre les deux groupes de traitements. Les patients ayant inhalé le gaz placebo ont retranscrit une douleur moyenne plus élevée que les patients du groupe MEOPA. En effet, la douleur la plus élevée dans le groupe placebo a été notée à 60 mm sur l'EVA tandis que celle du groupe MEOPA était de 40 mm sur l'EVA. De plus, « l'augmentation de la valeur d'EVA par rapport à celle initiale a été significativement plus importante dans le groupe placebo vs le groupe MEOPA ($p = .012$) » (Krakowski et al., *ibid*, p.116). Concernant les patients présentant un fond douloureux, l'inhalation du MEOPA leur a permis de réduire l'intensité de leur douleur par rapport à l'intensité initiale.

A propos de la maniabilité du MEOPA, 96% des soignants ont jugé que l'utilisation de ce moyen était facile à mettre en œuvre. De plus, l'équipe médicale a considéré le comportement du patient de très bon, voire excellent, dans huit situations sur dix et ce, durant toute la durée de la procédure.

Les auteurs (Krakowski et al., *ibid*) ont également tenu compte des effets secondaires que les patients ont ressentis durant le soin. Concernant les participants du groupe

⁶ MEOPA : mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote, analgésique administré par inhalation.

MEOPA, dix d'entre eux ont ressenti au moins un effet secondaire, contre deux patients du groupe placebo. Les effets secondaires étaient la plupart du temps des nausées ou des vomissements. Néanmoins, ces événements ont été minimes et transitoires dans chacune des situations.

D'un point de vue général, ces interventions, qui peuvent être réalisées par une infirmière, ont toutes démontré leur efficacité dans la gestion des douleurs induites.

4.2 Les interventions non-pharmacologiques

Contrairement aux interventions pharmacologiques qui étaient chacune issues d'une recherche différente, les résultats des interventions non-pharmacologiques sont composés de diverses recherches scientifiques. Certaines études ont associé les interventions non-pharmacologiques avec des traitements pharmacologiques comme des antalgiques ou des anxiolytiques. La mise en évidence de ces traitements médicamenteux s'effectuera du moment où ils seront rattachés aux méthodes non-pharmacologiques.

4.2.1 Les interventions cognitivo-comportementales

Les interventions cognitivo-comportementales représentent l'ensemble des diverses interventions qui agissent sur les émotions issues de la dimension affective et sensitive de la douleur. Elles enclenchent également des stimuli qui vont être capables de rivaliser avec le stimulus douloureux et ainsi soulager la sensation de la douleur ressentie par la personne (Turk & Meichenbaum, 1989, cités par Jacobson, 2006 ; Kwekkeboom, 2003).

Deux études randomisées (Jacobson, 2006 ; Kwekkeboom, 2003) se sont penchées sur l'utilisation de ce type d'interventions en les comparant, soit entre elles, soit avec les procédures de soins habituels. Kwekkeboom (2003) a opposé l'utilisation de la musique et de la distraction par une histoire audio. Selon l'auteur, les patients recevant l'intervention de la musique, lors d'une procédure invasive telle qu'une biopsie, la mise en place ou l'ablation d'un cathéter veineux central, seront susceptibles de ressentir moins de douleur et d'anxiété et d'avoir un meilleur contrôle perçu que les patients qui ont été distraits durant le soin. De plus, il émettait l'hypothèse que les patients qui ont reçu les interventions cognitivo-comportementales, percevront moins de douleur et d'anxiété que les patients qui ont eu recours à une prise en charge habituelle.

Jacobson (2006), s'est également intéressé à l'utilisation de la musique en y ajoutant l'utilisation d'un kaléidoscope⁷ et l'imagerie guidée⁸ dans le contexte des douleurs induites lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux. L'étude s'est penchée sur la notion de choix. L'hypothèse de l'auteur était que les patients qui avaient eu la possibilité de choisir entre ces trois interventions auront au final moins de douleur que les patients qui y ont été assignés au hasard. Il s'est également interrogé au sujet d'une éventuelle corrélation entre le choix de l'intervention, l'âge et le sexe du patient.

L'étude de Kwekkeboom (2003) n'a indiqué aucune différence significative entre le groupe musique et le groupe distraction. Le niveau de douleur moyen, évalué à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10, était de 2,33 pour le groupe musique et de 2,76 pour le groupe distraction. Concernant l'anxiété, évaluée à l'aide de l'échelle de Spielberger, son niveau moyen était quasi identique au sein des deux groupes. L'hypothèse abordée au sujet de la notion de choix n'a pas pu être confirmée (Jacobson, 2006). En effet, les patients qui ont choisi leur intervention n'ont pas ressenti une douleur inférieure à celle des patients qui ont bénéficié de l'une des trois interventions au hasard.

Toutefois, une corrélation a été constatée entre le choix de l'intervention et le sexe du patient. Les résultats ont démontré que les hommes ont été plus nombreux à choisir le soin habituel plutôt qu'une intervention cognitivo-comportementale et les femmes ont affirmé avoir plus apprécié ce genre d'intervention que les hommes (Jacobson, *ibid*). Cette distinction entre les sexes a également été abordée par Kwekkeboom (2003). Dans son étude, les participants pouvaient recevoir un traitement antalgique ou des anxiolytiques, selon leur besoin à n'importe quelle période du soin. En plus de la musique et de la distraction, 31% des participants ont reçu des anxiolytiques et seulement 7% ont demandé des antalgiques. Fait intéressant selon l'auteur, au sein de l'échantillon 50% des hommes ont demandé un anxiolytique, alors que cette même requête ne concernait que le 23% des femmes ($p = .05$). Il semblerait que les interventions cognitivo-comportementales conviennent davantage aux femmes qu'aux hommes (Jacobson, 2006).

⁷ Kaléidoscope : appareil formé d'un tube opaque, contenant plusieurs miroirs disposés de façon à ce que l'objet regardé ou les petits objets colorés placés dans le tube produisent des dessins symétriques et variés.

⁸ Synonyme d'imagerie guidée : visualisation.

Dans l'ensemble, la musique, la distraction, l'utilisation d'un kaléidoscope et l'imagerie guidée ne semblent pas avoir un impact significatif sur la douleur et l'anxiété induites par des soins invasifs. Toutefois, les résultats de l'étude de Jacobson (ibid) démontrent que les participants ont bien accepté et apprécié ces interventions, tout particulièrement celle de la musique.

4.2.2 Les méthodes psycho-corporelles

L'étude de cas d'Elkins et al. (2006) s'est quant à elle intéressée aux méthodes psycho-corporelles, plus particulièrement à l'hypnose dans la gestion de la douleur et de l'anxiété durant une coloscopie. Les méthodes psycho-corporelles se définissent comme « des approches qui, partant du corps ou se servant du corps comme médiateur, ont une action sur le psychisme » (Celestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, cités par Thibault-Wanquet, 2010, p.47). Dans l'étude d'Elkins et al. (2006) chaque patient recevait un enregistrement audio qu'il écoutait tout au long de la procédure et qui avait comme objectif d'être de l'hypnose de relaxation. Les données de chaque cas ont été synthétisées, puis comparées avec d'autres situations dans lesquelles le patient avait reçu la prise en charge habituelle.

Dans le groupe hypnose, tous les patients ont rapporté un score d'anxiété et de douleur minime, à l'exception d'un patient qui a évalué sa douleur à 8,3 sur 10 et son anxiété à 8 sur 10. Toutefois, il a précisé ne pas avoir écouté l'enregistrement audio durant toute la procédure. Dans l'ensemble, les résultats semblaient prouver l'efficacité de l'hypnose dans la gestion de la douleur induite et de l'anxiété. En effet, la satisfaction des patients sur la gestion de l'anxiété avait une moyenne de 7,4 sur 10, celle de la gestion de la douleur a été notée à 6,8 sur 10 et la satisfaction globale de la prise en charge avait une moyenne de 9,1 sur 10. La durée de la procédure était comparable entre le groupe hypnose et le groupe standard. Concernant la récupération suite à la coloscopie, le temps le plus long pour le groupe hypnose était de 21 minutes, alors que le plus court chez le groupe standard était de 30 minutes. Autrement dit, ces résultats comparatifs ont permis d'identifier un temps de récupération nettement plus court pour les patients qui ont reçu l'intervention de l'hypnose. Les complications qui peuvent survenir lors d'une coloscopie ont été moins fréquentes dans le groupe hypnose que dans le groupe standard, où huit patients sur dix ont subi au minimum un malaise vagal. Elkins et al. (ibid) avaient laissé l'opportunité aux patients du groupe hypnose de demander, selon leur besoin, un traitement sédatif durant la coloscopie. Il s'est avéré qu'aucun

participant n'a ressenti le besoin de joindre un sédatif à sa prise en charge. Au contraire, tous les patients du groupe standard ont bénéficié d'un traitement de sédatifs tout au long du soin.

L'hypnose se définit comme étant une intervention efficace dans la gestion de la douleur et de l'anxiété provoquées par une procédure invasive. De plus, cette intervention semble permettre de diminuer le temps de récupération et de réduire l'administration de sédatifs.

4.2.3 L'apport d'informations

Cette intervention non-pharmacologique a été développée au sein de deux essais contrôlés randomisés auprès de patients devant subir une biopsie du foie (Obled et al., 2007 ; Hilzenrat, Yesovitch, Shrier Stavraski & Deschênes, 2006) et également dans l'étude de Puntillo & Ley (2004), précédemment citée dans le sous-chapitre des « interventions pharmacologiques ».

L'étude de Obled et al. (2007) a évalué l'éventuel bénéfice d'un supplément d'information sous la forme d'un film vidéo, en plus de l'information standard qui était transmise sous la forme orale et écrite. Selon les auteurs, cette nouvelle forme d'information permettrait de diminuer le niveau d'anxiété du patient, de parfaire sa compréhension et d'améliorer sa satisfaction.

Pour Hilzenrat et al. (2006), le premier objectif était de pouvoir affirmer que la transmission d'informations procédurales⁹ et sensorielles¹⁰ permettrait de diminuer l'anxiété du patient. Puis, le second objectif était de comparer les styles d'adaptation avec le niveau de douleur et le niveau d'anxiété ressentis par le patient et d'y trouver une éventuelle relation. Les auteurs identifiaient deux styles d'adaptation : les personnes évitant l'information et les personnes étant demandeuses d'informations.

Puntillo & Ley (2004) se sont également préoccupés de l'information sensorielle et procédurale. Selon eux, le meilleur apport d'information permettant de gérer la douleur et l'anxiété du patient était l'information sensorielle.

Du point de vue des résultats, Obled et al. (2007) n'ont pas constaté de différences significatives au niveau de l'anxiété entre l'apport d'une information standard et

⁹ Fournir au patient des informations sur le déroulement de la procédure.

¹⁰ Décrire au patient les sensations qu'il sera susceptible de ressentir au cours de la procédure.

l'apport d'une information visuelle supplémentaire. Il semblait toutefois que dans l'échantillon du groupe vidéo, les femmes ont eu un niveau d'anxiété plus élevé que les hommes, lors de la deuxième évaluation ($p < .05$). Concernant le niveau de compréhension et de satisfaction par rapport à la biopsie du foie, ils ont été très bons dans les deux groupes de traitement.

Les résultats étaient similaires dans l'étude de Hilzenrat et al. (2006), où aucune différence significative n'a été identifiée entre les deux groupes de traitements concernant le niveau de la douleur. Trente minutes après le soin, les participants ayant reçu uniquement l'information standard indiquaient une douleur moyenne de 3,3 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Pour le groupe expérimental, qui avait reçu les informations procédurales et sensorielles en plus des informations habituellement transmises, le niveau de douleur moyen était de 3,0 sur l'EVA. La deuxième évaluation, réalisée six heures post-biopsie, révélait à nouveau des valeurs quasi identiques entre les deux groupes de traitement. Au sujet d'une éventuelle relation entre le type d'information reçu et les styles d'adaptation qui ont été identifiés pour chaque participant à l'aide du Questionnaire de Krantz, aucune différence significative n'a été constatée. Les niveaux de douleur, d'anxiété et de compréhension étaient presque similaires entre les personnes en demande d'information et celles qui préféraient l'éviter (Hilzenrat et al., 2006). Puntillo & Ley (2004) n'ont pas eu la possibilité de déterminer qu'elle était la meilleure forme d'information. En effet, que les patients aient reçu des informations sensorielles, procédurales ou les deux informations, l'intensité et la détresse de leur douleur étaient similaires.

Dans l'ensemble, il semblerait que l'apport d'informations, soit visuelle, sensorielle ou procédurale en supplément de l'information habituelle transmise par l'infirmière, n'a pas contribué à diminuer l'anxiété et la douleur du patient occasionnées par une procédure douloureuse.

4.2.4 Gestion de la douleur induite : compétences et connaissances des infirmières

Certains auteurs (Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen & Puukka, 2008 ; Ylinen, Vehvilainen-Julkunen & Pietila, 2007 ; Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä & Suominen, 2006) se sont préoccupés du rôle autonome de l'infirmière dans la gestion de la douleur induite. Ils ont interrogé des infirmières dans différents contextes de soins et ont également tenu compte du point de vue des patients par rapport à leur représentation du

rôle de l'infirmière dans le traitement de leur douleur consécutive à une procédure douloureuse.

L'étude d'Ylinen, Vehvilainen-Julkunen & Pietila (2007) s'est intéressée aux compétences et aux connaissances que les infirmières utilisaient afin de gérer les douleurs ressenties par les patients au cours d'une coloscopie. 116 questionnaires, constitués de 106 questions fermées et 5 questions ouvertes ont pu être analysées. Les auteurs ont disposé les résultats en trois catégories :

- Les facteurs contextuels : la majorité des répondants étaient des femmes avec une moyenne de dix ans d'expérience dans l'unité de gastroentérologie. Sur les 116 répondants, 19 % ont indiqué avoir suivi une formation en gestion de la douleur et 95 % des institutions ne préconisaient pas l'utilisation d'échelle de la douleur. Concernant l'actualisation des connaissances au sujet de la douleur, la moitié des répondantes ne s'intéresse guère aux publications réalisées à ce sujet et ne consulte pas Internet.
- Les connaissances de l'infirmière : pour 94% des répondantes, le meilleur moyen d'évaluation de la douleur était basé sur la prise en considération des propos du patient. En d'autres termes, il était nécessaire de demander au patient de transmettre son ressenti. Selon 71%, l'enseignement et l'apport de conseils qui sont fournis aux patients avant une procédure douloureuse comme une coloscopie permettrait de gérer la douleur induite. Du point de vue de la mise à jour des connaissances, 96% des participants ont convenu qu'il était important de les réactualiser régulièrement. Toutefois, au niveau des questions ouvertes, la plupart des infirmières ont précisé que leurs connaissances n'étaient pas issues de formations, mais plutôt de leur propre expérience professionnelle.
- Les compétences des infirmières : les auteurs ont pu identifier trois formes de compétences infirmières. La première était basée sur les compétences sociales : durant le soin, l'ensemble des répondantes faisait l'effort de parler calmement et d'expliquer au patient les raisons de ses douleurs. L'utilisation de la distraction a été très peu utilisée. La deuxième compétence est issue des aptitudes cognitives : une grande majorité des répondantes expliquait au patient qu'elles étaient les causes de leur douleur et de ses symptômes. Elles proposaient des stratégies que le patient pouvait par la suite utiliser de manière autonome. Au sein de ces

stratégies, la musique n'a jamais été proposée. Pour terminer, les auteurs ont discerné des aptitudes psychomotrices : le 79% des répondantes était attentif à la position, à la tension et au relâchement musculaire du patient durant toute la durée de la procédure. Les infirmières ont identifié de nombreuses interventions qu'elles mettaient en place comme par exemple le fait de conserver un environnement calme et détendu, d'agir avec empathie et d'installer progressivement une relation de confiance avec le patient et de favoriser le contact entre le patient, le médecin et l'infirmière tout au long du soin. Appuyer au niveau du bas ventre ou relaxer le patient à l'aide d'exercices respiratoires étaient des stratégies que les infirmières enseignaient au patient dans le but de diminuer la douleur ressentie durant la coloscopie.

L'étude de Jacobson (2006) présentait également des données pouvant s'apparenter aux compétences de l'infirmière dans la gestion de la douleur induite lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux. Les résultats attestaient que le choix du site d'insertion influençait l'intensité de la douleur. En effet, l'intensité moyenne a été évaluée à 1,3 sur 10 lors de l'insertion au niveau du coude et à 2,3 sur 10 au niveau de la main. Les insertions au niveau de l'avant-bras et du poignet ont été les plus douloureuses, avec une intensité moyenne de 2,8 sur 10 et de 2,9 sur 10. Le choix du matériel et plus précisément du calibre du cathéter, semblerait également exercer une incidence sur l'intensité de la douleur induite.

Les dernières données basées sur les connaissances et les compétences des infirmières dans la gestion des douleurs induites sont issues du plaidoyer infirmier.

La première étude réalisée à ce sujet en 2006 par Vaartio et al. avait comme objectif de saisir une définition du plaidoyer infirmier, d'identifier les interventions de celui-ci et d'exposer les conséquences de ces interventions. Afin d'atteindre ces objectifs, les auteurs ont interrogé des patients et des infirmières issus de quatre services de chirurgie et de quatre services de médecine. La deuxième étude (Vaartio et al., 2008), menée par les mêmes chercheurs à l'exception d'une personne, s'est déroulée selon la même méthodologie, à l'exception du contexte de soins qui a été modifié. En effet, ils ont interrogé des infirmières et des patients provenant de onze unités d'ORL.

Les participants ont défini le plaidoyer comme étant un soin d'exception, individualisé à chaque patient et présenté sous la forme d'une prise en charge en continu dans le temps.

Les données ont permis de répertorier cinq activités majeures entreprises par les infirmières dans le concept du plaidoyer :

- Analyser : cette intervention englobait tout ce qui concernait le renseignement sur les styles d'adaptation de chaque patient face à une procédure douloureuse. Il était également question d'évaluer la douleur et de mesurer les effets des traitements mis en place.
- Conseiller : cette intervention consistait à fournir des informations au patient et à son entourage.
- Répondre : cette intervention consistait à intégrer au plan de soins les remarques du patient par rapport à sa douleur afin de pouvoir offrir des interventions adéquates.
- Protéger : cette intervention tenait compte des éventuels facteurs qui seraient susceptibles d'aggraver la situation.
- Négocier : cette intervention était directement liée aux droits du patient et à ses besoins afin d'établir une prise en charge adaptée.

Ces activités retraçaient les interventions autonomes de l'infirmière. En effet, 96% des infirmières, principalement celles qui avaient une longue expérience professionnelle, affirmaient qu'elles avaient un rôle à jouer dans la planification de la gestion de la douleur (Vaartio, et al., 2008). En d'autres termes, il y a une corrélation entre l'expérience professionnelle ($r = .232$), la perception de la douleur ($r = .274$) et la planification de la douleur ($r = .238$). A noter que ces trois éléments ont une valeur p significative. L'étude de Vaartio et al. (2006) a également permis d'identifier des antécédents au plaidoyer infirmier comme l'empowerment¹¹ de l'infirmière, l'empowerment du patient, la sensibilité contextuelle, les compétences infirmières et le dialogue interpersonnel. Cette dernière notion se définissait par une écoute active des besoins et des expressions du patient, ce qui impliquait une collaboration et une communication active entre le patient et l'équipe infirmière. C'est cet aspect qui a été identifié comme étant la dimension la plus importante par les patients au sein du plaidoyer infirmier (Vaartio et al., 2008). En effet, les patients de l'étude considéraient que la relation soignant-soigné était l'élément de base du plaidoyer infirmier. Bien que

¹¹ Terme anglais traduit par autonomisation ; la prise en charge de l'individu par lui-même.

cette dimension soit également présentée par les infirmières, elles n'y ont pas attribué la même importance. Pour les infirmières, l'aspect majeur du plaidoyer était basé sur la reconnaissance de leur rôle dans le traitement de la douleur.

Il semblerait également que l'application du plaidoyer infirmier engendrait certaines conséquences comme le développement de l'empowerment du patient, le développement professionnel au point de vue infirmier et le risque de désaccords et de divergences d'opinions entre le patient, l'infirmière et le médecin (Vaartio et al., 2006).

Les derniers résultats concernant le plaidoyer infirmier établissaient un lien entre les droits du patient et le devoir des infirmières. Selon les participants, l'infirmière devait être capable de respecter les souhaits et les droits du patient. En étant consciente que le patient avait également un rôle à jouer dans l'élaboration du projet de soins axé sur le soulagement de sa douleur, l'infirmière remplissait une partie de ses devoirs de soignante. Toutefois, les droits des patients n'étaient que vaguement connus par les soignantes et les patients. Bien que 77% des jeunes infirmières considéraient que leurs connaissances à ce sujet étaient bonnes, les infirmières plus âgées n'étaient que 42% à le penser. Concernant les patients, 78% d'entre eux n'avaient qu'une faible connaissance de leurs droits (Vaartio et al., 2008).

Dans l'ensemble, les réponses des infirmières et des patients, au sujet du plaidoyer infirmier, étaient pratiquement identiques et cette similitude a pu être observée au sein des deux études (Vaartio et al., 2008 ; Vaartio et al., 2006).

Ces données, axées sur les compétences et les connaissances des infirmières, laissent à penser qu'elles sont susceptibles de diminuer la douleur et l'anxiété du patient lors d'un soin douloureux, et ce, autant du point de vue du patient que de celui de l'infirmière.

5 Discussion

Le contenu de ce chapitre va traiter de la qualité des résultats. Ils seront ensuite interprétés au moyen des arguments des différents auteurs ainsi qu'à l'aide du cadre théorique et des concepts. La réponse à la question de recherche conclura ce dernier chapitre.

5.1 Qualité des résultats

Comme cité précédemment dans les résultats, cette revue de littérature est composée de onze études quantitatives et d'une étude qualitative. Cette majorité de devis quantitatifs a permis d'offrir diverses interventions infirmières en lien avec la gestion de la douleur et de l'anxiété provoquées par des procédures douloureuses. Sur ces onze recherches, sept d'entre elles sont des essais contrôlés randomisés. Cette méthode a l'avantage de pouvoir comparer les prises en charge standard avec les nouvelles interventions et d'évaluer leur efficacité sur la gestion de la douleur et de l'anxiété. Cette comparaison a donné l'occasion d'établir un lien direct avec la pratique infirmière. Sur ces sept essais contrôlés randomisés, deux d'entre eux ont été réalisés en double aveugle, ce qui permet de limiter les risques de biais, principalement le biais de l'information (Glossaire partiel d'épidémiologie, s.d.).

Au sujet des données démographiques de cette revue de littérature, la population était homogène à l'exception des genres. Ces différences de représentation hommes-femmes pourraient être un biais pour les essais contrôlés randomisés. En effet, dans ce genre de méthode, les groupes doivent être le plus homogène possible à l'exception de l'intervention qu'ils reçoivent. Toutefois, aucun auteur n'a identifié cet élément au sein des limites de l'étude.

Concernant les cursus des auteurs, sept articles sur douze ont été rédigés par des infirmières, quatre articles ont été développés par des docteurs en médecine ou en psychologie et un article découlait d'une collaboration entre docteurs en médecine et infirmières. Deux études ont été réalisées par les mêmes auteurs. Toutefois, elles ont toutes les deux été intégrées aux résultats étant donné que chacune apportait des éléments nouveaux qui coïncidaient avec la question de recherche. Par rapport au cursus des auteurs, on peut constater que les infirmières sont particulièrement engagées dans le thème des douleurs induites. De plus, le fait que la majorité des auteurs soit des

infirmières laisse à penser que ce sujet est une réelle problématique rencontrée au sein de la pratique infirmière.

Les deux variables, évaluées par l'ensemble des auteurs, étaient la douleur et l'anxiété du patient. L'intensité de la douleur a principalement été évaluée à l'aide d'échelles visuelles analogiques et d'échelles numériques. Les dimensions sensorielles et émotionnelles de la douleur, évaluées dans l'étude de Puntillo & Ley (2004), ont été mesurées avec le Mac Gill Pain Questionnaire (Melzack, 1975, cité par Puntillo & Ley, *ibid*). Le choix de ces échelles est adapté, étant donné qu'elles ont toutes été conçues dans l'optique d'évaluer la douleur. De plus, ces outils de type auto-évaluation, ont l'avantage de permettre au patient d'évaluer lui-même l'intensité de sa douleur et ainsi diminuer le biais d'interprétation (Chaffour-Ader & Daydé, 2008). L'anxiété, quant à elle, a été mesurée à l'aide d'échelles visuelles analogiques, d'échelles numériques et plus spécifiquement à l'aide de l'échelle de Spielberger. Mise à part l'échelle de Spielberger, qui a été élaborée afin d'évaluer précisément l'anxiété (Bouvard & Cottraux, 1996), les autres outils de mesures ne sont d'ordinaire pas prévus à cet effet. D'autres variables ont été mesurées comme par exemple les modes d'adaptation à l'aide du questionnaire de Krantz (1980, cité par Hilzenrat et al., 2006), le niveau d'hypnosabilité avec The Stanford Hypnotic susceptibility scale, Form C (Elkins et al., 2006) et le niveau de sédation grâce à l'échelle Observer's Assessment of Alertness/Sedation (Puntillo & Ley, 2004). L'évaluation de la satisfaction des participants ou encore les difficultés rencontrées par les infirmières lors de leur participation aux soins sont des variables qui ont été évaluées à l'aide d'échelles numériques ou encore d'échelles visuelles analogiques. Concernant les études qui ont identifié les connaissances et les compétences des infirmières au sujet de la gestion des douleurs et de l'anxiété induites par des procédures invasives, les données ont été récoltées au moyen de questionnaires structurés et d'interviews. Dans l'ensemble, les outils de mesures, sélectionnés par les auteurs, étaient appropriés aux variables à évaluer, sauf l'anxiété qui n'a été mesurée à l'aide d'outils spécialement conçus à cet effet qu'au sein de deux études (Obled et al., 2007 ; Kwekkeboom, 2003).

Dans l'ensemble, les études affiliées à la présente revue de littérature étaient des études de bonne qualité. En effet, l'évaluation de la pertinence des études à l'aide de la grille d'analyse critique a donné une moyenne de 83%. La notion d'éthique est également une dimension qui a été respectée au sein de chaque étude. Les auteurs ont précisé certains

éléments comme par exemple l'approbation des études par un comité d'éthique, la garantie de l'anonymat des participants, l'apport d'informations précises concernant le but de l'étude ou encore l'attestation de leur consentement éclairé.

Toutefois, un point faible a été identifié. En effet, la majorité des procédures douloureuses qui ont été incluses aux recherches sont des procédures réalisées par des médecins. Néanmoins, l'infirmière était constamment présente, soit en assistant le médecin, soit en préparant le patient pour la procédure. L'infirmière doit alors être capable d'assumer son rôle de différentes manières. En effet, l'infirmière n'offre pas la même prise en charge si elle-même réalise le soin ou si elle a le rôle d'assistante. Quoiqu'il en soit, la question de recherche se basait principalement sur les interventions que les infirmières pouvaient mettre en place et non sur l'identification des procédures infirmières douloureuses. C'est bien ce que les études ont permis d'identifier. En effet, les interventions issues des douze recherches ont toutes l'avantage de pouvoir être prodiguées par une infirmière.

Toutes ces données permettent d'affirmer que ce travail propose des données de qualité. De plus, elles sont en cohérence avec la pratique infirmière et les résultats peuvent être transposés d'un contexte à l'autre. En d'autres termes, les interventions proposées ne sont pas uniquement envisageables dans le contexte des soins aigus où elles ont été étudiées.

5.2 Synthèse des résultats

L'analyse des études a permis d'identifier deux grandes catégories d'interventions infirmières permettant de gérer l'anxiété et la douleur provoquées par des procédures douloureuses. Ce sont les interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques. À l'intérieur de ces deux grandes catégories s'insèrent diverses interventions. Les méthodes pharmacologiques regroupent l'utilisation d'anesthésiants topiques, d'injection de morphine ou d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens et l'administration de MEOPA. Toutes ces interventions ont prouvé leur efficacité dans la gestion de la douleur et de l'anxiété.

Les méthodes non-pharmacologiques regroupent quatre interventions : les méthodes psycho-corporelles, les interventions cognitivo-comportementales, l'apport d'informations et les compétences et les connaissances des infirmières. Concernant les méthodes psycho-corporelles, l'hypnose a été identifiée comme étant une procédure

efficace dans ce contexte, tout comme les compétences et les connaissances de l'infirmière. Au sujet de l'apport d'informations, les auteurs s'accordent pour affirmer que cette intervention n'est pas bénéfique dans le contexte des douleurs induites. Pour terminer, les résultats des interventions cognitivo-comportementales amènent des contradictions quant à leur utilisation.

Ces résultats vont alors être interprétés afin de déterminer les avantages et les inconvénients qu'engendrent ces interventions et d'évaluer leur éventuel utilisation dans la pratique.

5.3 Interprétation des résultats

Les **interventions pharmacologiques** comme l'utilisation de crèmes anesthésiantes, l'injection de morphine et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens et l'utilisation du MEOPA ont toutes prouvé leur efficacité dans la gestion de la douleur induite lors de procédures douloureuses. Toutefois, les auteurs sont conscients des limites qu'engendrent ces interventions. Concernant l'utilisation des crèmes anesthésiantes, les auteurs (Valdovinos et al., 2009) précisent que cette intervention ne peut pas convenir à toutes les situations, principalement aux situations d'urgence. En effet, il est nécessaire de patienter environ trente minutes avant que l'anesthésiant ne fasse effet. Un autre auteur (Donnadieu, 2007) affirme qu'il faut patienter jusqu'à deux heures avant de pouvoir débuter la procédure. Cet investissement de temps est une donnée importante à prendre en considération dans la mise en pratique. En plus des situations d'urgence, l'infirmière rencontre de nombreux imprévus tout au long de sa journée et l'anticipation de l'utilisation de ces moyens pharmacologiques peut s'avérer être complexe. Selon Coutaux et al. (2008) cette difficulté de mise en place est justement causée par cet investissement de temps engendré par ces méthodes de traitements, mais elle peut également être due à l'exigence d'une coopération efficace entre tous les membres de l'équipe médicale. D'autres auteurs (Jacobson, 2006) identifient une autre limite d'utilisation en soulignant une difficulté d'insertion qui serait liée à une vasoconstriction provoquée par l'application des crèmes anesthésiantes. Cet argument a pu être démenti grâce à l'étude de Valdovinos et al. (2009) qui n'a démontré aucune corrélation entre la difficulté d'insertion et l'utilisation d'un anesthésiant topique lors de placement de cathéter veineux.

L'étude de Puntillo & Ley (2004) inclut également la notion d'anticipation, mais plutôt sous la forme d'une stratégie et non comme un obstacle. Leur étude a permis d'identifier les bénéfices des injections de morphine et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens dans la gestion des douleurs induites lors de l'ablation d'un drain thoracique. Les auteurs proposent une stratégie afin d'améliorer davantage leur utilisation. L'idée est de planifier l'intervention au moment où l'antalgique est à son effet maximal dans l'organisme. Cette planification doit être préparée par l'infirmière, mais également par le médecin du moment où il réalise la procédure. Cela peut paraître difficilement envisageable au sein de la pratique. Toutefois, en lien avec la définition de la douleur induite, il est précisé que c'est une forme de douleur qui est « susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées » (Bourreau, 2003, cité par Wrobel, 2005, p.10). C'est donc une douleur qui peut être évitée à l'aide d'une mise en place d'interventions adéquates.

L'utilisation du MEOPA est également une intervention pharmacologique qui semble être favorable dans la gestion des douleurs induites au sein de la population adulte. Les auteurs (Krakowski et al., 2010) identifient malgré tout des risques pour le personnel soignant. En effet, ces derniers sont directement exposés aux gaz formant le MEOPA. Toutefois, l'équipement composé d'un masque d'inhalation conçu avec une valve unidirectionnelle et le respect d'une ventilation au sein des locaux sont des mesures préventives et efficaces (Rebeschini, Dalivoust, Durant & Gazazian, 2006, cités par Krakowski et al., *ibid*). Une notion supplémentaire s'ajoute à l'utilisation du MEOPA. Les infirmières doivent suivre une formation avant de pouvoir utiliser cet anesthésiant, contrairement aux autres sortes d'interventions pharmacologiques identifiées dans les résultats. Toutefois, Krakowski et al. (2010) précisent que c'est une formation simple.

Cimerman & Thibault (2009) soulignent que les soignants sont également réticents quant à l'utilisation de ces moyens pharmacologiques. En effet, de nombreuses infirmières présument que la mise en place de ces moyens pharmacologiques engendre beaucoup de temps au sein de l'organisation. Par rapport à cette notion, qui semble être problématique à plusieurs niveaux, Valdovinos et al. (2009) proposent aux infirmières de se questionner sur ce qui prend le plus de temps :

Préparer un patient pour une intervention douloureuse et réussir rapidement le soin ou ne pas prendre le temps de préparer l'environnement et soumettre le patient à de la douleur et perdre un temps précieux, ainsi que perdre indirectement cette ressource pour créer une relation avec le patient ? (p.302).

La seconde résistance concerne surtout l'établissement de soins étant donné que cette pratique se rapporte aux coûts. Cimerman & Thibault (2009) précisent à titre d'exemple que l'utilisation de dix minutes de MEOPA vaut environ 100 euros, mais y ajoutent une précision :

Si ce coût peut paraître élevé, il faut le mettre en relation avec l'intérêt que représente la prise en charge de la douleur pour l'amélioration de l'état de santé du patient : diminution de la durée globale du soin, soin mieux réalisé, diminution des durées d'hospitalisation ou de prise en charge, amélioration de la satisfaction du soigné, moins de crainte de consulter (p.3).

Au sujet des anesthésiants topiques, Jacobson (2006) démontre qu'un des désavantages majeurs de ces moyens est justement lié à cet investissement financier qu'ils engendrent à chacune de leur utilisation.

L'implication de temps et les coûts qu'occasionnent ces méthodes pharmacologiques sont des éléments à prendre en considération, mais ils ne sont pas à envisager comme étant des obstacles. Les différents auteurs (Krakowski et al., 2010 ; Valdovinos et al., 2009 ; Coutaux et al., 2008) ne proposent pas d'utiliser ces interventions de manière généralisée. En effet, une évaluation de la situation du patient doit être réalisée au préalable. Dans leur étude, Puntillo et al. (2002) insistent sur l'importance d'évaluer toutes les situations. Les infirmières ne doivent pas uniquement prendre le temps d'évaluer les patients qui « semblent » avoir mal soit à cause de leur gestuelle, soit en lien avec leurs propos, mais bien toutes les situations. C'est après cette évaluation que l'infirmière doit envisager d'utiliser ces moyens pharmacologiques s'ils s'avèrent nécessaires, car ces outils peuvent être précieux dans la gestion des douleurs induites (Valdovinos et al., 2009).

Ces interventions pharmacologiques ne sont toutefois pas des interventions autonomes de l'infirmière. Pour chacune d'entre elles, l'infirmière doit avoir recours à un ordre médical. Les auteurs (Krakowski et al., 2010 ; Valdovinos et al., 2009 ; Coutaux et al., 2008) suggèrent la mise en place d'ordres permanents établis par le médecin. De cette manière, l'infirmière pourrait agir plus rapidement et pourrait davantage endosser son rôle dans le cadre de la gestion des douleurs étant donné que cela fait partie de ses responsabilités directes (Puntillo & Ley, 2004). Il serait toutefois intéressant de convier les médecins à s'exprimer au sujet de cette stratégie. Engendre-t-elle un changement au sein de la collaboration infirmière-médecin ?

Concernant les **interventions non-pharmacologiques**, les résultats ont démontré que leur efficacité était contradictoire au sein des diverses études, à l'exception de l'hypnose. En effet, l'hypnose est une des interventions qui a été approuvée dans diverses études comme étant un moyen non-pharmacologique favorable à la gestion des douleurs et de l'anxiété induites par des procédures douloureuses (Montgomery, David, Winkel, Silerstein & Bovbjerg, 2002, cités par Elkins et al., 2006 ; Lang et al., 2000). En plus de son efficacité, l'hypnose permet de diminuer l'administration de traitements pharmacologiques et ainsi diminuer le risque des effets secondaires (Elkins et al., 2006 ; Lang et al., 2000). Néanmoins, les études scientifiques ne fournissent pas d'informations directes par rapport à l'utilisation de cette méthode par le personnel infirmier. Alors est-ce envisageable d'identifier l'hypnose comme une intervention infirmière dans le traitement de la douleur et de l'anxiété ? Selon Bellet (2002), les infirmières font partie des professionnels de santé qui ont la possibilité de se former à l'hypnose. Il faut toutefois être conscient que son utilisation en milieu de soins aigus ne découle pas d'une approche classique. «Ainsi, une infirmière ne sera pas en mesure de traiter une dépression, mais elle sera plus efficace dans le traitement de la douleur lors de pansements répétés et difficiles ou encore comme aide-anesthésiste au bloc opératoire » (Bellet, *ibid*, p.230). Ces exemples démontrent à nouveau que l'hypnose a sa place dans la gestion des douleurs induites. En Suisse, la HES-SO Valais propose un CAS en « Art et techniques hypnotiques dans le domaine de la santé et du domaine social ». Le concept général de cette formation à l'hypnose est basé sur trois axes :

- 1) Acquérir des techniques hypnotiques ;
- 2) Appliquer ces techniques dans divers contextes professionnels ;
- 3) Utiliser ces techniques en respectant le cadre éthique et la philosophie de soin du lieu d'exercice.

Elle est organisée en partenariat avec l'hôpital du Valais, l'école d'études sociales et pédagogiques et l'Institut Romand d'hypnose Suisse. Toutefois, cette formation est récente étant donné que la première volée ne s'achève que cette année (Institut Romand d'hypnose Suisse, 2011).

Au sujet des interventions cognitivo-comportementales, les études de Jacobson (2006) et de Kwekkeboom (2003) ont toutes les deux présenté des résultats négatifs quant à leur efficacité dans la gestion de la douleur et de l'anxiété provoquées par des

procédures invasives. Ces données sont toutefois en contradiction avec certaines études comme celles de Lang et al. (2000), Chlan et al. (2000, cité par Jacobson, 2006) et Cason & Grissom (1997, cité par Jacobson, 2006) qui au contraire ont pu affirmer un effet positif de ces interventions.

Jacobson (2006) argumente ces résultats de deux manières. La première est liée à la théorie du portillon. Cette théorie est elle-même issue du concept de la douleur, plus particulièrement au niveau de l'aspect de sa transmission. Selon Jacobson (ibid) il semblerait que la douleur ressentie lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux ne soit pas très intense, ce qui se traduirait par un stimulus douloureux faible. La compétition entre ce stimulus douloureux et le stimulus fourni par les interventions cognitivo-comportementales aurait alors un effet minime et ne permettrait pas de diminuer la sensation douloureuse. Vu sous cet angle, ce style d'interventions ne serait efficace que pour des procédures induisant davantage de douleur. Bien que ce ne soit pas ce que laisse penser l'étude de Kwekkeboom (2003). Cette dernière a évalué l'efficacité de la musique et de la distraction lors d'une biopsie et d'un placement / ablation de cathéters centraux, mais les résultats n'ont pas été plus probants, alors que la douleur ressentie lors de ces procédures est considérée comme une douleur sévère (Morrison, 1998, cité par Kwekkeboom, 2003). Nous constatons à nouveau cette discordance entre les différents résultats.

Le deuxième facteur qui expliquerait leur manque d'efficacité serait en lien avec l'aspect d'une approche standardisée et non individualisée. Pour les besoins de l'étude (Jacobson, 2006), c'est en effet une approche standardisée qui a été développée. Selon l'auteur, ce genre d'interventions serait plus profitable pour les patients si elles étaient internes aux prestations de soins proposées par le personnel soignant. Cette approche individualisée est également suggérée par Kwekkeboom (2003). Il propose aux infirmières de prendre le temps d'identifier avec le patient quelles sont ses propres stratégies d'adaptation et quelle méthode il avait utilisée dans le passé pour gérer sa douleur et son anxiété. Cet échange d'informations entre le patient et l'infirmière s'inscrit dans la phase d'exploration qui est nécessaire à l'élaboration d'une relation de partenariat infirmière-patient (Gottlieb & Feeley, 2007). Deux styles d'adaptation ont été identifiés par Kwekkeboom (2003) :

- « Les monitors » : ce sont les personnes qui tentent de s'adapter en participant au soin.

- « Les blunters » : ce sont les personnes qui tentent de s'adapter en essayant de se distraire du soin.

Afin d'améliorer l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales, l'auteur ajoute, en plus des styles d'adaptation, l'importance de prendre en considération le contexte du patient et sa situation actuelle. Dans son étude, il a constaté que de nombreux patients se situaient à un stade précoce de la maladie. A ce stade, les personnes malades peuvent avoir un besoin accru d'observer attentivement le déroulement de chaque soin et de chaque procédure. Cette prise en considération du contexte rejoint à nouveau la notion du partenariat. L'infirmière doit être capable d'évaluer la situation du patient et d'estimer sa part de participation au moment présent. Etablir des interventions sans tenir compte des besoins réels du patient peut s'avérer être plus néfaste que bénéfique et engendre le risque de transformer la relation en une approche paternaliste (Gottlieb & Feeley, 2007 ; Vaartio et al., 2006).

Les auteurs ont toutefois identifié des effets bénéfiques concernant la mise en place des interventions cognitivo-comportementales. Les participants de l'étude de Jacobson (2006) ont affirmé avoir apprécié recevoir ces interventions, tout particulièrement celle de la musique. Il semblerait, selon les résultats de l'étude, que les femmes apprécient davantage ces interventions. L'analyse de l'échantillon de la revue de littérature identifie également cette observation. En d'autres termes, nous avons constaté que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes dans les deux études qui traitaient des interventions cognitivo-comportementales. Il est à préciser que les patients avaient le choix de participer et que le milieu de soins n'était pas spécifique aux femmes. En effet, les deux études se déroulaient dans une unité de chirurgie, de gastroentérologie et d'oncologie, et non dans une unité de gynécologie, qui aurait alors expliqué cette présence majoritairement féminine. Cette interprétation permet d'argumenter d'une autre manière l'hypothèse émise par les auteurs.

Mais comment expliquer que les patients aient appréciées les interventions cognitivo-comportementales alors que vraisemblablement elles n'ont pas eu d'effet significatif sur la gestion de leur douleur ? Selon Jacobson (2006), ces interventions auraient répondu aux besoins affectifs du patient. Ces besoins affectifs sont issus des quatre composantes de la douleur, plus particulièrement de la composante affectivo-émotionnelle (Avet et al., 2006). En d'autres termes, cela revient à dire que ce genre de méthode peut agir à un certain niveau de la douleur, mais non dans l'ensemble de sa gestion. Ce constat est

également partagé par d'autres auteurs comme Moreaux & Thibault-Wanquet (2007, cités par Thibault-Wanquet, 2010). Leur revue de littérature a permis de constater que les méthodes cognitivo-comportementales ne permettaient pas de gérer, à elles seules, la douleur induite, bien que leur action sur la composante affectivo-émotionnelle soit efficace. Malheureusement, les auteurs ne soumettent pas d'autres méthodes qui pourraient se combiner aux interventions cognitivo-comportementales afin de combler leur efficacité dans la gestion de l'anxiété et de la douleur induites.

Suite à l'interprétation des résultats des interventions cognitivo-comportementales, on constate que ces méthodes ont un rôle à jouer dans la gestion de la douleur et de l'anxiété. De plus, elles peuvent être réalisées par les infirmières de façon autonome. Concernant l'aspect économique, Jacobson (2006) précise que les interventions cognitivo-comportementales sont à bas prix et, qui plus est, faciles à mettre en œuvre par le personnel soignant. Toutefois, concernant le développement de ces interventions au sein de la pratique, certaines formations complémentaires peuvent s'avérer utiles (Thibault-Wanquet, 2010). Cependant les auteurs ne fournissent pas d'informations supplémentaires sur le contenu de ces formations.

Les résultats de l'intervention basée sur l'apport d'informations issus des études de Obled et al. (2007) et Hilzenrat et al. (2006) s'accordent pour affirmer que cette intervention n'est pas bénéfique dans la gestion de la douleur et de l'anxiété ressenties lors d'une procédure douloureuse. Obled et al. (2007) émettent l'hypothèse que l'apport d'informations trop explicites pourrait aller jusqu'à engendrer des effets néfastes pour le patient et ce en augmentant son niveau d'anxiété.

Ces résultats sont étonnants, car ils ne coïncident guère avec les données des autres études et celles de la littérature. En effet, l'étude de Ylinen, Vehvilainen-Julkunen & Pietila (2007) et l'étude de Vaartio et al. (2006) démontrent que l'apport d'informations fait partie du rôle de l'infirmière et que c'est une méthode fréquemment utilisée par les soignants afin de gérer la douleur et l'anxiété dans le contexte des procédures douloureuses. De plus, il semblerait que le patient considère que l'apport d'informations est une dimension importante dans la gestion de sa douleur et de son anxiété lorsqu'il doit subir un geste invasif. L'article de Walding (1991) démontre que l'apport d'informations permet de diminuer l'anxiété, ce qui engendre une diminution de la douleur.

Bien que les études concernant l'apport d'informations (Obled et al., 2007 ; Hilzenrat et al., 2006) aient pris en considération cette notion d'anxiété ainsi que la notion de douleur, aucun résultat significatif n'a malgré tout été identifié, quelle que soit la forme d'informations transmises.

Diverses raisons sont identifiées par Obled et al. (2007) et Hilzenrat et al. (2006) afin d'explicitier le manque d'efficacité de l'apport d'informations.

La première raison est liée au laps de temps qui s'est écoulé entre le moment du visionnage du film et celui de la procédure. Afin d'améliorer son efficacité dans son utilisation future, les auteurs proposent de fournir au patient une vidéo personnelle qu'il pourrait visionner autant de fois qu'il le désire et à l'occasion qui lui semble la plus opportune. Bien entendu, ce style d'information serait à proposer aux patients intéressés. Cela revient à devoir évaluer avec le patient quels sont ses besoins concernant l'information et d'y répondre de manière adaptée. Nous constatons à nouveau que l'importance de « faire avec » le patient est une priorité et qu'elle s'inscrit dans la notion de partenariat infirmière-patient. Cette notion de temps est également nommée comme étant un obstacle à l'apport d'informations procédurales et sensorielles.

Une deuxième raison, selon Obled et al. (2007), serait que les informations standard fournies par l'infirmière sont une source d'information suffisante pour le patient. Il aurait toutefois été intéressant de questionner les patients afin de discerner ce qui leur est suffisant dans le contenu des informations standard.

Une troisième raison, mentionnée par les auteurs, est l'augmentation naturelle de l'anxiété ressentie par chaque personne avant une procédure invasive. En effet, l'anxiété est définie comme étant une réponse du système nerveux autonome qui s'enclenche dès l'instant où la personne se retrouve face à un danger ou à une situation inconnue (Nanda International, 2010). Les résultats laissent à penser que l'apport d'informations visant la diminution de cette notion d'inconnu et de danger, ne contribue pas à la réduction du sentiment d'anxiété qui en découle. Puntillo & Ley (2004) ajoutent que l'anxiété peut entraver la concentration de la personne sur le contenu de l'information, l'empêchant ainsi de bénéficier.

Pour terminer, les auteurs prêtent attention à deux autres facteurs : Obled et al. (2007) signalent l'importance de prendre en considération le contexte du patient, comme

mentionné précédemment dans les interventions cognitivo-comportementales. Dans ce cas, la procédure n'est pas forcément la seule source d'anxiété du patient. En effet, les répercussions de cette procédure, comme par exemple la mise en évidence d'un diagnostic ou l'attente de résultats concernant l'évolution de la maladie, sont des facteurs qui peuvent contribuer à l'augmentation de l'anxiété ressentie par le patient. L'infirmière doit alors tenir compte de ces facteurs personnels (Gottlieb & Feeley, 2007).

Au sujet des informations sensorielles et procédurales, Hilzenrat et al. (2006) considèrent qu'elles nécessitent un investissement de temps. Qui plus est, ils ont constaté que l'infirmière devait devenir une spécialiste de la procédure, maîtriser l'anatomie et connaître les traitements spécifiques à la prise en charge, afin de pouvoir transmettre une information complète au patient.

Toutefois, sans que l'infirmière ne devienne une experte en matière de diverses procédures rencontrées au sein des milieux aigus, elle doit être capable de fournir des informations au patient et à son entourage. Cet aspect rejoint la dernière intervention non-pharmacologique issue des résultats de ce travail : les compétences et les connaissances de l'infirmière dans la gestion des douleurs induites et de l'anxiété.

Les compétences et les connaissances de l'infirmière ont été regroupées au sein d'un seul concept, le plaidoyer infirmier (Vaartio et al., 2008 ; Vaartio et al., 2006). Selon ces auteurs, « la dimension de la relation soignant-soigné est l'antichambre du concept du plaidoyer infirmier lors du traitement de la douleur causée par une procédure douloureuse » (Vaartio et al., 2008, p.510). En effet, chaque situation est unique et l'infirmière ne peut deviner les besoins et les souhaits du patient. Il est donc important de coopérer et d'être à l'écoute de son discours afin d'élaborer un plan de soins adéquat (Vaartio et al., 2006). Selon les résultats (Vaartio et al., 2008), les patients ont davantage conscience de l'importance de cette relation soignant-soigné, contrairement aux infirmières. Ces dimensions ont également été mentionnées auparavant par les autres auteurs comme étant des éléments à prendre en compte lors de la mise en place d'une intervention telle que l'hypnose, les interventions cognitivo-comportementales et l'apport d'informations. Pour mémoire, nous rappelons le fait de favoriser une prise en charge individuelle (Jacobson, 2006 ; Kwekkeboom, 2003) ou encore d'échanger avec le patient au sujet de ses besoins (Obled et al., 2007).

Vaartio et al. (2006) ont encore précisé que pour les infirmières et les patients, la mise en place du plaidoyer infirmier contribuait à la satisfaction du soin. Cette remarque a conduit Vaartio et al. (2008) à considérer le plaidoyer infirmier comme une sorte d'assurance de la qualité du soin.

Ces auteurs ont identifié certains obstacles à l'élaboration du plaidoyer comme par exemple l'influence des personnalités de chacun. Selon les infirmières et les patients, les personnalités peuvent compliquer la création d'une relation. En effet, comme l'indique Gottlieb & Feeley (2007) au sujet du partenariat, il y a des facteurs personnels qui doivent être pris en considération et qui vont influencer la mise en place du partenariat. Toutefois, ces éléments ne devraient pas empêcher le développement d'une relation soignant-soigné ni le développement du plaidoyer infirmier (Vaartio et al., 2006).

Contrairement à d'autres interventions non-pharmacologiques, l'utilisation du plaidoyer infirmier ne nécessite aucune formation (Vaartio et al., *ibid*). D'un point de vue général, Ylinen, Vehvilainen-Julkunen & Pietila (2007) ont constaté que de nombreuses infirmières développaient leurs connaissances et leurs compétences sans suivre de formation, mais plutôt d'une manière « autodidacte » au fur et à mesure de leur pratique professionnelle. Suite à ces observations, il semblerait que l'expérience professionnelle semble être directement liée aux compétences et aux connaissances de l'infirmière. En effet, Vaartio et al. (2006) précisent que la maîtrise du plaidoyer infirmier est fortement influencée par l'expérience professionnelle de l'infirmière, mais également influencée par sa motivation. Selon Al-Shaer, Hill & Anderson (2011), l'infirmière développe davantage de connaissances et de compétences du moment où elle travaille dans la même unité de soins durant plusieurs années.

Certaines compétences infirmières, propres à l'organisation des soins, peuvent fortement contribuer à la gestion de la douleur et de l'anxiété. La dextérité dans les gestes techniques, le choix du matériel et le site d'insertion sont des compétences qui semblent être particulièrement bénéfiques (Cimerman & Thibault, 2009 ; Coutaux et al., 2008 ; Jacobson, 2006). Au sujet des connaissances, l'étude de Ylinen et al. (2007) a permis de démontrer que la majorité des infirmières considère le patient comme étant l'expert de sa propre douleur. Cette perceptive rejoint la définition de la douleur qui la décrit comme étant une sensation subjective qui ne peut être définie que par la personne qui la ressent (Chaffour-Ader & Daydé, 2008). De cette manière, le patient sera de toute

évidence convié à participer à l'élaboration du projet de soins axé sur la gestion de sa douleur et de son anxiété.

Ces données laissent à penser que les compétences et les connaissances des infirmières semblent être de bons moyens pour gérer la douleur et l'anxiété provoquées par des procédures douloureuses. Néanmoins, malgré leur importance, une récente étude (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011) démontre que les infirmières ont encore trop de déficits à ce niveau, principalement en raison de fausses idées au sujet de l'utilisation des opioïdes, des interventions non-pharmacologiques et de l'évaluation de la douleur. Ces déficits ont également été repérés par Coutaux & Collin (2008), qui précisent que les douleurs et l'anxiété, dans le contexte des douleurs induites, sont encore sous-traitées et sous-évaluées. En effet, l'étude de Ylinen et al. (2007) a révélé que 83% des infirmières participant à la recherche ne se servaient d'aucun instrument de mesure pour évaluer la douleur des patients, alors qu'il y a de forts risques d'interprétations si ces derniers ne sont pas exploités (Chaffour-Ader & Daydé, 2008). Selon Brockopp et al. (1998, cités par Vaartio et al., 2008), ce manque de connaissances théoriques pourrait être un frein à l'expansion du rôle infirmier par rapport aux responsabilités dans le contexte de la gestion de la douleur.

Suite à l'interprétation des résultats des douze recherches scientifiques, nous avons pu identifier des antécédents qui semblent nécessaires à l'élaboration des interventions infirmières dans le contexte des douleurs et de l'anxiété induites par une procédure douloureuse :

- Coopération entre le patient et l'équipe soignante
- Evaluer les besoins et les souhaits du patient
- Etablir une relation entre le patient et l'infirmière
- Prise en compte du contexte et de la situation actuelle du patient
- Approche individuelle
- Le patient est l'expert de sa douleur

En lien avec le cadre conceptuel, le partenariat infirmière-patient, l'on peut constater que ces antécédents s'intègrent dans l'idée générale de ce concept. L'interprétation de

ces éléments peut se synthétiser sous la forme d'un schéma qui permet de retracer l'ensemble des données issues de cette revue de littérature.

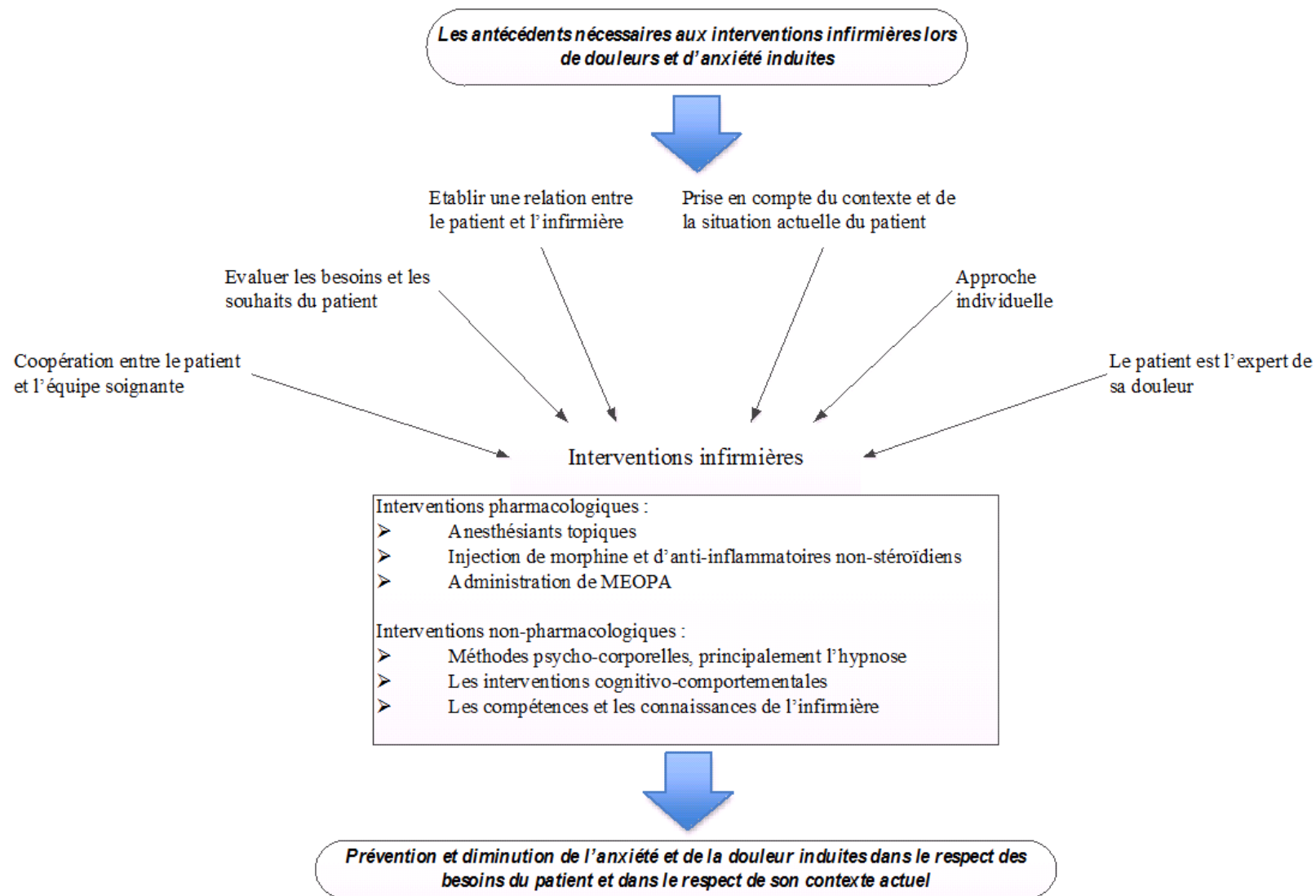


Fig. 2 : schématisation de l'interprétation des données.

5.4 Réponse à la question de recherche

La question de recherche de cette revue de littérature avait comme objectif d'identifier les interventions infirmières qui pouvaient être mises en place pour gérer la douleur et l'anxiété du patient provoquées par une procédure douloureuse. L'objectif a pu être atteint, car les douze études qui ont contribué à ce travail ont permis d'extraire diverses interventions.

L'infirmière dispose d'une palette de méthodes soit pharmacologiques, comme les anesthésiants topiques, le MEOPA ou l'injection de morphine ou d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens, soit de méthodes non-pharmacologiques, comme l'utilisation de l'hypnose, les interventions cognitivo-comportementales et ses propres compétences et connaissances issues de son rôle infirmier. Ces interventions ont toutes démontré des résultats probants dans la gestion de la douleur et de l'anxiété. Il faut toutefois tenir compte que certaines d'entre elles demandent des formations ou encore une adaptation dans l'organisation du travail. Ces éléments doivent être retenus pour l'ensemble des interventions, mais ils ne doivent pas être considérés comme des obstacles à leur utilisation. Bien que l'apport d'informations n'a pas démontré d'avantages dans la gestion de la douleur et de l'anxiété, cette démarche est toutefois à prendre en considération. En effet, l'apport d'informations est un droit pour le patient. De plus, l'information favorise « le partage de pouvoir » entre le patient et l'infirmière, ce qui s'inscrit dans les notions de base du partenariat infirmière-patient. Néanmoins, cette revue de littérature ne permet pas de démontrer les bénéfices de cette intervention et c'est pour cette raison qu'elle ne s'inscrit pas dans le schéma présenté précédemment.

Plusieurs antécédents semblent être indispensables à l'élaboration de ces interventions, comme le démontre le schéma présenté ci-dessus. L'infirmière doit prendre en considération les besoins et les envies du patient et les adapter au contexte de la personne soignée. C'est un travail intense de collaboration. L'infirmière doit être consciente que le patient est l'expert de sa situation et que les interventions vont se lier à ses ressources. De plus, l'élaboration d'une relation entre l'infirmière et le patient semble être l'un des éléments primordiaux.

Cette démarche de soins, qui consiste, dans un premier temps, à prendre en considération les antécédents, puis élaborer des interventions, semble donc être la plus

appropriée afin de parvenir à une prévention et une diminution de la douleur induite, dans le respect des besoins du patient et adaptée au contexte actuel.

6 Conclusion

La conclusion de cette revue de littérature sera développée en quatre points. Le premier est l'implication pour la pratique, le deuxième concerne les éventuels besoins de recherches futures au sujet de l'anxiété et de la douleur induites et le troisième identifie les points forts et les points faibles de ce travail. Pour terminer, le dernier point laissera la parole à l'auteur.

6.1 Implication pour la pratique

Comme l'a démontré cette revue de littérature, l'infirmière a un grand rôle à jouer dans la gestion de l'anxiété et de la douleur induites par des procédures douloureuses. Son rôle ne se résume pas à proposer des interventions. L'infirmière doit être capable de prendre en considération l'ensemble de la situation du patient. En d'autres termes, elle doit développer une vision globale de la situation. De plus, le personnel soignant doit être capable de développer diverses compétences infirmières comme le précise Cimerman & Thibault (2009) :

Les douleurs induites par les soins doivent être prises en considération, prévenues et soulagées quel que soit l'âge et l'état du patient. Cette prévention constitue une démarche primordiale dans l'amélioration de la qualité des soins. Cette question relève à la fois du professionnalisme, de la responsabilité et de l'éthique professionnelle de chaque patient (p.5).

Ce travail a permis d'identifier une variété d'interventions infirmières permettant de gérer l'anxiété et la douleur du patient ressenties lors de diverses procédures douloureuses.

Toutefois, selon Al-Shaer, Hill & Anderson (2011) et Ylinen, Vehivlainen-Julkunen & Pietila (2007), les infirmières devraient être plus motivées à enrichir leurs connaissances au sujet des douleurs induites. Trop de fausses idées à ce sujet circulent encore au sein des équipes de soins. Afin de réajuster ces fausses idées, les formations infirmières devraient davantage enseigner des notions concernant les droits du patient ainsi que les données sur le rôle de l'infirmière dans la gestion de la douleur (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011 ; Vaartio et al., 2008). Toutefois, cette amélioration de prise en charge de la douleur ne dépend pas uniquement de la formation infirmière. Berry & Dahl (2000, cités par Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011) conseillent aux institutions d'intégrer davantage la gestion de la douleur dans leur pratique au quotidien. En effet, l'infirmière doit être capable de prévenir et de gérer la douleur, mais l'institution doit au préalable

accepter l'application de ces moyens pharmacologiques et non-pharmacologiques et, qui plus est, favoriser leur maniement. Par exemple, l'utilisation des interventions pharmacologiques comme les anesthésiants topiques doit, dans un premier temps, être soutenue par l'institution (Valdovinos et al., 2009). Les établissements de soins sont également responsables des formations des soignants par rapport aux diverses méthodes de traitement telles que l'utilisation du MEOPA, l'hypnose ou certaines interventions cognitivo-comportementales.

Nous constatons que la gestion des douleurs induites s'inscrit au sein d'une organisation soutenue par l'équipe soignante, le corps médical ainsi que l'institution (Cimerman & Thibault, 2009 ; Coutaux & Collin, 2008).

Deux éléments clés, issus des ouvrages et des études scientifiques ayant permis d'élaborer ce travail ont pu être identifiés : **le patient est l'expert de sa douleur** et **l'importance d'établir une relation de confiance patient-infirmière**. Ces notions ont guidé l'ensemble de la revue de littérature. Dans n'importe quelle situation, la meilleure prise en charge semble être basée sur ces éléments. Une fois que l'infirmière en a pris conscience, une prise en charge va alors s'organiser au moyen de diverses interventions infirmières adaptées à la personne dans le but de gérer la douleur et l'anxiété induites par des procédures douloureuses.

6.2 Besoins de recherches futures

D'un point de vue général, le sujet des douleurs induites auprès de la population adulte semble être un thème qui nécessite davantage de recherches. Il a déjà été largement étudié auprès de la population infantine, mais les données sur les personnes adultes sont encore restreintes comme nous avons pu le constater lors des recherches d'études au sein des bases de données.

Concernant les méthodes non-pharmacologiques, plus spécifiquement les interventions cognitivo-comportementales, les résultats ont démontré qu'il y avait de grandes variances d'une étude à l'autre. Bien que leur utilisation a eu un effet bénéfique sur les facteurs affectifs de la douleur, de nouvelles recherches à ce sujet permettraient de mieux maîtriser leur utilisation et de mieux cerner leur efficacité dans l'ensemble de la gestion de la douleur et de l'anxiété. Les interventions au sujet de l'apport d'informations devraient également être un thème à retravailler par les chercheurs.

Dans l'ensemble, ces interventions infirmières devraient être réévaluées grâce à des essais contrôlés randomisés qui permettraient d'identifier les interventions les plus efficaces dans le contexte des douleurs induites. En effet, après les avoir comparées avec les prises en charge standard, la suite du travail serait de les confronter entre elles.

6.3 Les points forts et les points faibles du travail

Comme dit précédemment, les douze recherches utilisées pour cette revue de littérature ont permis de fournir une palette d'interventions qui peuvent toutes être prodiguées par une infirmière. Ce point fort a permis de répondre à la question de recherche identifiée en début de travail. De plus, mise à part la proposition de diverses interventions, les résultats ont mis en évidence diverses argumentations par rapport à ces méthodes afin de les envisager au sein de la pratique. Le respect de la méthodologie est également un point fort de ce travail.

La diversité des interventions proposées peut être considérée comme un point fort, mais également comme un point faible. En effet, cette revue de littérature a permis d'offrir une vision large des interventions infirmières permettant de gérer la douleur et l'anxiété, mais elle n'a pas pu discerner la ou les plus efficaces. Il serait nécessaire de refaire une revue de littérature pour chaque intervention afin de démontrer la plus compétente. Toujours du point de vue de la diversité, un autre point faible concerne les procédures présentées dans les études. Les données auraient été de meilleure qualité, du point de vue scientifique, si les interventions avaient toutes été évaluées avec la même procédure.

6.4 Le mot de l'auteur

J'ai fait le choix d'axer mon travail de Bachelor sur le thème des douleurs induites. Cette décision a été guidée par mes expériences de stages. En effet, dès le début de ma formation, ce sujet m'a souvent interpellée. Les douleurs induites ne se rencontrent pas uniquement en soins aigus, mais dans tous les secteurs de soins. Néanmoins, je me suis souvent sentie quelque peu démunie par rapport à la gestion de ces douleurs, particulièrement dans les milieux des soins aigus. La consultation de la littérature a confirmé mon choix étant donné qu'il y avait des recherches à réaliser à ce sujet.

La réalisation de cette revue de littérature m'a permis de combler certaines lacunes concernant la gestion de la douleur et de l'anxiété induites. J'ai pu identifier de

nombreuses interventions à proposer au patient. J'ai également appris énormément sur l'importance de la relation soignant-soigné et sur le rôle de l'infirmière. Cet aspect de partenariat avec le patient m'a énormément plu et c'est une valeur que je partage tout particulièrement par rapport à la profession d'infirmière. Cette vision que les soignants ne sont pas les experts, mais les partenaires du patient me semble importante à retenir.

Du point de vue méthodologique, cette revue de littérature est la première que j'ai réalisée. Au début, il a été difficile de visualiser le déroulement du travail. J'ai traversé des périodes difficiles où le doute dépassait parfois la motivation. J'ai malgré tout réussi à dépasser mes difficultés et je suis arrivée à fournir une réponse à ma question de recherche en évoluant à travers diverses étapes. La première partie, qui avait comme objectif de consulter la littérature, m'a permis d'améliorer mes connaissances au sujet des douleurs et principalement des douleurs induites. Ces connaissances m'ont alors aidée à concrétiser l'étape de recherche. J'ai appris à consulter des bases de données et à élargir mon regard sur ce qui est développé dans les pays étrangers. La phase d'analyse des études a été la plus difficile pour moi, car je n'avais que peu de connaissances en anglais. Après m'être donné les moyens d'y parvenir, la synthétisation des résultats et l'interprétation des données ont été des étapes qui m'ont particulièrement plu.

En conclusion, l'élaboration de cette revue de littérature m'a appris à travailler de manière structurée et à suivre des étapes afin d'atteindre un but précis. J'ai eu du plaisir à la réaliser et à acquérir des connaissances supplémentaires quant à mon rôle de future infirmière.

Bibliographie

Ouvrages

- Avet, F. et al. (2006). *Douleurs compétences et rôle infirmiers*. Paris : Med-Line.
- Bellet, P. (2002). *L'hypnose*. Paris : Odile Jacob.
- Boccard, E. & Deymier, V. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.
- Bouvard, M & Cottraux, J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson.
- Brunner, L.S., Suddarth, S.D., Smeltzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie, volume 1*. Bruxelles : De Boeck.
- Chaffour-Ader, C. & Daydé, M.C. (2008). *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière éducation.
- Gottlieb, N. & Feeley, N. (2007). *La collaboration infirmière-patient un partenariat complexe*. Saint-Laurent : Beauchemin.
- Houssaye, J. (1993). *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris : ESF.
- Le Gall, A. (2002). *L'anxiété et l'angoisse*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Erpi.
- Metzger, C. et al. (2000). *Soins infirmiers et douleurs*. Paris : Masson.
- Michaux, D., Halfon, C. & Wood, C. (2007). *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine.
- Nanda International. (2010). *Diagnostics infirmiers, définitions et classification, 2009-2011*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Wrobel, J. (2005). *Les douleurs induites*. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.

Articles périodiques

- Al-Shaer, D., Hill, P.D. & Anderson, M.A. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *Medsurg nursing*, 1, 7-11.

- Cimerman, P. & Thibault, P. (2009). Douleurs induites par les soins. *Savoirs et soins infirmiers*, 10, 1-5.
- Coutaux, A. & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur et Analgésie*, 21, 126-138.
- Coutaux, A. et al. (2008). Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study. *European Journal of Pain*, 1, 3-8.
- Donnadieu, S. (2007). Préventions et soulagement des douleurs induites par les soins en ORL. *Annales d'otolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale*, 124, 23-27.
- Elkins, G. et al. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening : Case studies and possibles benefits. *Journal of clinical and experimental hypnosis*, 4, 416-431.
- Hilzenrat, N., Yesovitch, R., Shrier, I., Stavrakis, M. & Deschênes, M. (2006). The effect of information level and coping style on pain and anxiety in needle liver biopsy. *Canadian journal of gastroenterology*, 9, 597-600.
- Jacobson, A.F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for IV insertion pain. *AORN Journal*, 6, 1031-1048.
- Krakowski, I. et al. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2 premix, and effective and well tolerated method. *Douleur et analgésie*, 23, 113-120.
- Kwekkeboom, K.L. (2003). Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. *Oncology nursing forum*, 3, 433-440.
- Lang, E.V. et al. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial. *The Lancet*, 9214, 1486-1490.
- Obled, S. et al. (2007). Patient information for liver biopsy : impact of a video movie. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 3, 274-278.
- Puntillo, K.A. & Ley, S.J. (2004). Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. *American Journal of Critical Care*, 4, 292-301.
- Puntillo, K.A. et al. (2002). Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *American journal of critical care*, 5, 415-429.
- Thibault-Wanquet, P. (2010). Approches non médicamenteuses et psychocorporelles de lutte contre la douleur induite par les soins. *Soins*, 749, 46-48.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy : how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced ? *Scandinavian journal of caring sciences*, 20, 282-292.

- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T. & Puukka, P. (2008). The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. *Journal of advanced nursing*, 5, 504-513.
- Valdovinos, N.C., Reddin, C., Bernard, C., Shafer, B. & Tanabe, P. (2009). The use of topical anesthesia during intravenous catheter insertion in adults : a comparison of pain scores using LMX-4 versus placebo. *Journal of emergency nursing*, 4, 299-304.
- Walding, M.F. (1991). Pain, anxiety and powerlessness. *Journal of advanced nursing*, 16, 388-397.
- Ylinen, E.R., Vehvilainen-Julkunen, K. & Pietila, A.M. (2007). Nurses knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management. *Journal of clinical nursing*, 6, 1125-1133.

Documents non publiés

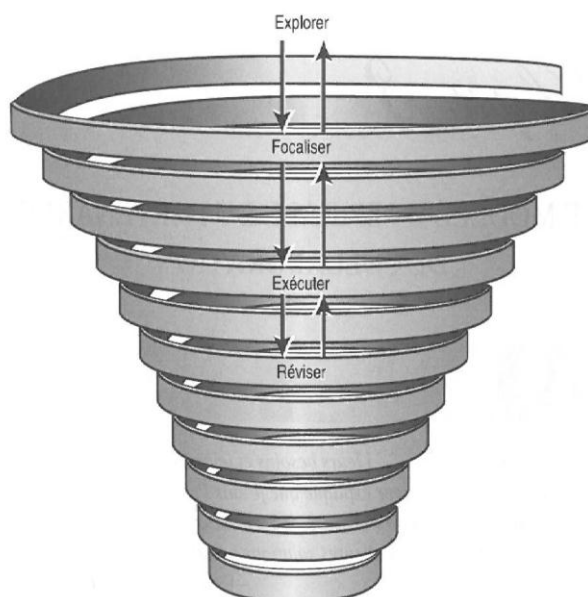
- Heds-FR (s.d.). Glossaire partiel d'épidémiologie. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Mooser, F. (2008). La douleur. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Nadot, N. & Bassal, C. (2011). Grille de lecture critique d'un article scientifique. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Perrinjaquet, D. (s.d.). Angoisse-anxiété-TOC-phobies. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

Documents électroniques

- CNDR. (2010). Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. [Page Web]. Accès : <http://www.cnrd.fr> [Page consultée le 26 avril 2010].
- Institut romand d'hypnose Suisse. (2011). CAS HES-SO Valais (Certificate of Advanced Studies) en "Art et techniques hypnotiques dans les domaines de la santé et du domaine social". [Page Web]. Accès : http://www.irhys.ch/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=69&Itemid=125 [Page consultée le 15 juin 2011].
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2010). Accès grand publique. [Page Web]. Accès : <http://www.sfetd-douleur.org> [Page consultée le 20 avril 2010].

Annexes

Annexe 1 : Modèle en spirale du partenariat de collaboration



Comme le décrit le modèle en spirale de Moudarres & Ezer (1995, cité par Gottlieb & Feeley, 2007), le partenariat comprend quatre phases :

1. **Explorer** : dans cette première phase, le patient et l'infirmière font connaissance. Ils échangent des informations au sujet de leurs préoccupations et fournissent des renseignements qui leur paraissent importants. C'est durant cette phase qu'une relation de confiance va se développer. Selon Gottlieb & Feeley (2007) :

Tout comme l'infirmière se familiarise avec la personne, la personne se familiarise avec l'infirmière et découvre peu à peu ce qu'elle peut lui offrir. Si l'infirmière démontre un intérêt véritable envers la personne, se montre présente et disponible tant physiquement que psychologiquement et fait état de connaissances et de compétences solides, alors elle gagnera la confiance de la personne (p.46).

De plus, cette confiance peut évoluer au fur et à mesure de la relation.

2. **Focaliser** : cette phase permet à l'infirmière et au patient de clarifier les objectifs tout en identifiant leurs priorités et ce afin d'établir un plan d'action en adéquation avec la situation.

3. **Exécuter** : suite à l'élaboration des objectifs, les deux partenaires vont évaluer les éventuelles solutions qui s'offrent à eux. Ils vont alors pouvoir progressivement élaborer le plan de soin.
4. **Réviser** : le plan de soin étant établi, l'infirmière et le patient vont évaluer régulièrement l'évolution de l'atteinte des objectifs. « Bien que l'infirmière puisse émettre son opinion quant à l'efficacité de telle ou telle stratégie, c'est la personne qui détermine si un objectif a été atteint ou non à sa satisfaction » (Gottlieb & Feeley, 2007, p.52).

Ce modèle offre un cadre de référence à l'infirmière qui va pouvoir établir une bonne collaboration avec le patient et son entourage.

Annexe 2 : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Cette grille de lecture a été inspirée par *La grille de lecture critique d'un article scientifique* de Loiselle & Profetto-McGrath (2007, cité par Bassal & Nadot, 2011). Chaque item été noté à un point, ce qui a permis d'évaluer de manière objective la qualité et la pertinence de l'étude.

Question	Points
1. Le résumé est-il structuré et permet-il d'avoir une vision synthétisée l'étude ?	/1
2. Est-ce que les objectifs de l'étude sont clairement présentés ?	/1
3. Le devis de recherche est-il précisé ?	/1
4. L'échantillon et le contexte étudiés sont-ils décrits ?	/1
5. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils précisés ?	/1
6. La méthode de récolte des données, ainsi que les outils de recherche utilisés, sont-ils définis ?	/1
7. Le respect des normes éthiques est-il appliqué ?	/1
8. Les résultats sont-ils identifiés de manière compréhensible, soit par écrit, par tableaux ou par figures ?	/1
9. Les auteurs ont-ils interprété les résultats à l'aide de la littérature ?	/1
10. Est-ce que les auteurs ont identifié les limites de leur étude ?	/1
11. Les auteurs font-ils le lien avec la pratique ?	/1
12. Est-ce que les données issues de cette recherche amènent des données supplémentaires en lien avec la question de recherche ?	/1
Total	
	/12

Annexe 3 : Les grilles d'analyse des douze études scientifiques

Etude 1

Auteurs : **Coutaux, A.** (auteur correspondant) ; unit of pain assessment and treatment – **Collin, E.** ; unit of pain assessment and treatment – **Salomon, L.** ; Public Health Department – **Papy, E.** ; Public Health Department – **Blanchon, T.** ; Public Health Department – **Rosenheim, M.** ; Public Health Department – **Baccard, A.-S.** ; Pharmacy departement – **Quiertant, C.** ; pain committee – **Cesselin, F.** ; Biochemistry department – **Binhas, M.** ; department of anesthesiology and intensive care treatment – **Bourgeois, P.** ; rheumatology department.

Année 2008 **Source** European Journal of Pain – p. 3-8.

Titre Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study

Devis : Devis quantitatif, étude transversale

Pertinence de l'étude : 10/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Actuellement, aucune étude n'a eu comme objectif d'interroger une population de patients afin d'identifier les procédures douloureuses qu'ils ont pu ressentir lors de leur hospitalisation. De ce fait, l'objectif de cette étude était d'identifier les procédures (traitements, examen, etc.) ou les situations (comme le transport ou l'attente) qui seraient susceptibles de provoquer ou d'accroître la douleur des patients.</p> <p>Limites : les auteurs identifient un éventuel « biais de mémorisation ». En effet, les données pouvaient se reporter jusqu'à 15 jours. Une étude réalisée en 2001 (Singer, Kowalska & Thode) a montré que les patients sont capables de se rappeler précisément d'un épisode douloureux pendant environ une semaine après son apparition. Mais cette notion de 15 jours, qui aurait pu altérer les données des patients, n'a pas joué un rôle dans les résultats étant donné que la durée d'hospitalisation moyenne était de 6 jours.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>L'évaluation de la douleur, associée à des soins médicaux et des procédures, est nécessaire afin de la prévenir. De nombreuses unités de pédiatrie ont développé cette évaluation dans le but d'améliorer la qualité des soins médicaux (Joyce, 1993 ; Bjerring & Arendt-Nielsen, 1990). Toutefois cette approche est moins fréquente dans le département des services d'adultes, à l'exception de certains départements de chirurgie et d'oncologie (Larue, Colleau, Brasseur & Cleeland, 1995 ; Sofres Medicale, 1999). Certaines études ont décrit en détail la douleur liée à quelques procédures spécifiques (Li & Puntillo, 2004 ; Gelin, Fortier, Viens, Fillion & Puntillo, 2004 ; Puntillo et al., 2001). Mise à part ces études, peu de données scientifiques sont actuellement disponibles au sujet des procédures douloureuses.</p>
Population/Echantillon	<p>La population de cette présente étude a été recrutée au sein de deux établissements de soins de Paris, l'hôpital universitaire Henri Mondor et l'hôpital universitaire de Pitié Salpêtrière. Au sein de ces deux hôpitaux, 57 départements de soins aigus ont été inclus dans l'étude, ce qui représente au total 3'000 lits. Lors de l'étude, le nombre total de patients au sein de ces unités représentait 2152 patients et près d'un tiers ont été choisis au hasard pour participer à l'enquête (n = 684).</p> <p>Critères d'inclusion : âgé de 18 ans et plus, a accepté de participer à l'étude en fournissant un consentement éclairé par écrit.</p> <p>Critères d'exclusion : patient incapable de comprendre les questions, incapable de communiquer, les patients hospitalisés dans un service de soins intensifs.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : tous les participants ont fourni un consentement éclairé par écrit</p> <p>Méthode de la récolte des données : dans un premier temps, 10 enquêteurs, médecins et infirmières, ont suivi une formation spéciale pour ce type d'étude. Afin d'éviter d'influencer les réponses des patients, les enquêteurs n'ont pas interrogé les patients hospitalisés dans leur service. La récolte des données s'est déroulée sur une journée et les enquêteurs ont interviewé les patients à l'aide d'un questionnaire structuré. La 1^{ère}</p>

	<p>partie du questionnaire recueillait les renseignements généraux tel que l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation. Les questions étaient ensuite ciblées sur le patient et sur ce qu'il avait subi au cours de son hospitalisation comme par exemple des procédures médicales douloureuses, des examens, des traitements ou encore toutes autres situations qui lui auraient causé de la douleur. Les enquêteurs pouvaient prendre en considération les données issues de situations s'étant déroulées dans les derniers 15 jours. A chaque fois que patient faisait référence à une procédure douloureuse, un autre questionnaire, toujours guidé par les enquêteurs, permettait de recueillir des informations précises concernant la douleur tel que : le type de procédure, le niveau de l'intensité de la douleur (évaluée à l'aide d'une échelle verbale simple avec 4 catégories de description : légère, modérée, sévère et très sévère) et la fréquence de la procédure au cours des 15 jours précédents.</p> <p>Analyse des données : Toutes les données ont été analysées avec le SPSS software.</p>
Résultats	<p>Les données générales : l'échantillon était composé de 684 patients. L'âge moyen était de 58 ans et la durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours. Un total de 671 événements douloureux a été cité.</p> <p>Les procédures douloureuses : ces 671 événements douloureux sont liés à 81 procédures différentes. Au niveau des chiffres, la moitié de ces événements ont été réalisés par le personnel non médical (52%) et 30% ont été réalisés par l'équipe médicale. Les procédures ont été classées en 8 sous-groupes par ordre décroissant (du plus douloureux au moins douloureux) : les ponctions vasculaires, la mobilisation, autres procédures invasives, ponctions non vasculaires, les traitements, les examens cliniques, l'imagerie ou d'autres examens réalisés afin d'établir le diagnostic, d'autres procédures (pas de précisions). Les événements les plus cités ont été les ponctions vasculaires (citées 255 fois) et la mobilisation (citée 161 fois).</p> <p>L'intensité de la douleur : dans l'ensemble, plus de la moitié des procédures (57%) ont provoqué une douleur sévère, voire très sévère. Les deux procédures les plus douloureuses étaient les ponctions vasculaires et la mobilisation. Les résultats mettent en évidence la notion de répétition. En effet, les événements provoquant la plus forte intensité de douleur sont des événements faits à répétition dans la journée et non ceux qui ne sont rencontrés qu'une seule fois ($p = .02$)</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Selon les auteurs, cette étude a été la première à évaluer la douleur de procédure dans une large population d'adultes hospitalisés. Comme le montrent les résultats, la douleur liée aux soins est un concept très large qui comprend les douleurs induites lors d'examen médicaux, lors des soins infirmiers, lors des transports au sein de l'hôpital, mais également les traitements spécifiques et les examens comme la radiothérapie ou des interventions chirurgicales mineures. Les données de cette étude ont permis d'identifier des procédures douloureuses, qui sont généralement considérées comme des procédures de routines, comme par exemple les examens cliniques ou les échantillons de sang. Cette étude a également permis de mettre en évidence des procédures qui ne sont pas en relation directe avec des soins apportés au patient, mais qui sont toutefois considérées comme douloureuses pour de nombreux participants. Par exemple, les transports ou les périodes d'attente.</p> <p>Plus de la moitié des participants ont subi des douleurs induites par des soins et 57% de ces procédures ont provoqué des douleurs sévères voire très sévères. Selon les auteurs, la prévention de la douleur liée aux soins pourrait permettre d'améliorer la pratique au quotidien. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une vaste étude portant sur 5957 patients, qui ont subi 6 procédures spécifiques. Sur ces 5957 patients, 63% d'entre eux n'ont pas reçu d'antalgiques (Puntillo et al., 2002). Les auteurs démontrent également que les résultats permettent d'identifier des procédures de routines comme étant, en réalité, des procédures douloureuses. Selon les auteurs, la mise en place d'interventions, ayant comme objectif d'éviter cette douleur induite, engendre beaucoup de temps et exige une coopération efficace entre tous les soignants. Les auteurs précisent que la prévention des douleurs induites devrait être développée dans toutes les unités.</p> <p>70% des événements douloureux sont survenus dans l'unité où le patient était hospitalisé. Les auteurs ne lient pas ce résultat avec un manque d'intérêt de la part de l'équipe médicale, mais l'attribue plutôt à de l'ignorance face aux douleurs induites et face à leurs moyens de préventions</p>

	<p>et de gestion. Ils soulignent que le soin le plus fréquemment rencontré et décrit comme le plus douloureux représente les ponctions vasculaires. Comme certaines études l'ont démontré, l'application d'un anesthésiant topique tel que des crèmes anesthésiantes permet de prévenir la douleur induite lors de prélèvements veineux ou la mise en place d'un cathéter veineux (Joly, 1998 ; Lightowler & Elliot, 1997). Mais les auteurs précisent que cette technique est à peine utilisée au sein des deux établissements. La mobilisation fait également partie des événements douloureux cités par l'échantillon. Les auteurs proposeraient d'améliorer la communication entre les différents départements de soins dans le but d'améliorer la prise en charge préventive des douleurs induites. Cela permettrait de prescrire des antalgiques au patient avant que ce dernier ne doive quitter le service et organiser des doses de secours si le transport est trop long.</p> <p>Les auteurs terminent la discussion en identifiant deux types de procédures : celles qui sont relativement rares, mais qui sont toujours très douloureuses ; et celles qui sont à la fois fréquentes et douloureuses. Ils proposent des actions en lien à ces deux types de douleurs :</p> <p>Les douleurs rares mais toujours très douloureuses : remettre en cause l'utilité de la procédure et l'effectuer que si cette dernière est indispensable et dans ce cas, qu'elle soit faite par un professionnel bien formé ; mise à disposition d'un protocole d'antalgique et également l'utilisation de moyens non-pharmacologiques ; vérifier l'efficacité des moyens mis en place. Ils proposent également de développer davantage de recherches au sujet de ce type de procédures, afin de mieux cerner la douleur qu'elles engendrent. Les douleurs fréquentes et douloureuses : les soignants devraient envisager des méthodes afin de réduire le nombre de répétitions et se concentrer sur des actions permettant de réduire la douleur chez les différentes populations à risque, qui reste encore à identifier.</p>
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	<p>Cette étude concerne la population adulte et identifie des procédures douloureuses qui sont responsables d'une douleur induite. Elle met également en évidence certaines interventions. Un point fort de l'étude est que les auteurs ont laissé la parole aux patients et ce sont eux qui ont pu identifier les procédures douloureuses. Les résultats de cette première étude vont me permettre d'amener mon sujet des douleurs induites. Le fait qu'elle ait été réalisée en 2008 prouve que le sujet est encore récent au niveau de la littérature scientifique. Les actions sont liées avec mes autres études et amènent également d'autres notions comme le fait que tous les professionnels de la santé doivent coopérer de manière efficace afin de pouvoir gérer ces douleurs et que la coopération va même jusqu'à l'extérieur de l'unité étant donné que la mobilisation est considérée comme une procédure douloureuse. Les points négatifs de cette étude : mises à part les ponctions vasculaires et la mobilisation, les autres procédures ne sont pas précisées. Les autres données sont vagues, par exemple : traitement, autres procédures invasives, etc. De plus, lorsqu'ils proposent l'utilisation de moyens non-pharmacologiques, les auteurs ne fournissent pas de précisions quant aux interventions qui existent déjà.</p>

Etude 2

Auteurs : Valdovinos, N.C. ; RN – Reddin, C. ; MSN, RN, CEN – Bernard, C. ; MBA, MSJS, CPHQ – Shafer, B. ; BS, RN – Tanabe, P. ; PhD, MPH, RN.

Année 2009 Source Journal of emergency nursing – p. 299-304.

Titre The use of topical anesthesia during intravenous catheter insertion in adults: a comparison of pain scores using LMX-4 versus placebo

Devis : Devis quantitatif, étude randomisée, en double aveugle

Pertinence de l'étude : 10/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Le but de cette étude a été de comparer, dans un échantillon d'adultes « sains » (= patients qui ne sont pas hospitalisés), la différence entre les scores de la douleur lors d'une insertion d'un cathéter intraveineux (IV) avec l'utilisation d'une crème anesthésiante et d'une crème placebo. Puis, du point de vue de l'infirmière, le but était d'évaluer leur niveau de difficultés à insérer le cathéter afin de mettre en évidence une éventuelle corrélation avec la crème anesthésiante ou la crème placebo.</p> <p>Limites : les auteurs identifient 2 limites : étant donné que les sujets participaient de manière volontaire, les résultats ne peuvent être généralisés. De plus, il est possible que les sujets aient évalué l'intensité de leur douleur différemment que s'ils avaient l'évaluée directement à la fin de chaque insertion et non à la fin des deux insertions.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>La littérature identifie constamment la phlébotomie comme étant la plus courante des procédures douloureuses effectuées par les infirmières dans le milieu hospitalier (Brown, 2003 ; Jacobson, 1999). L'utilisation d'un anesthésiant topique et intradermique a prouvé son efficacité dans la diminution de la douleur associée à l'insertion des cathéters IV, spécialement au sein de la population infantile (Brown, 2003 ; Brown & Larson, 1999 ; Taddio et al., 1995). Bien que l'utilisation de ces techniques ne soit pas encore considérée comme une norme dans la pratique auprès des adultes, il y a de nombreux travaux qui démontrent leur efficacité ainsi que le désir des patients pour leur utilisation (Brown, 2003 ; Harris, Cameron & Ugoni, 2001 ; Brown & Larson, 1999). Ces études mettent en évidence différentes barrières potentielles face à l'utilisation d'anesthésiant pour l'insertion de cathéter IV : l'action retardée de la médication des anesthésiants topiques, le fait de travailler dans un environnement de travail très animé (comme le milieu des urgences), l'augmentation de la difficulté d'insertion du cathéter et la perception des infirmières face à l'utilisation des anesthésiants. En résumé, les diverses études ont démontré que l'utilisation d'anesthésiants est très fréquemment utilisée dans le secteur pédiatrique et que les données existantes sur les adultes sont limitées.</p>
Population/Echantillon	<p>Critères d'inclusion : personnes de plus de 18 ans, étant disponibles durant la période de recrutement.</p> <p>Critères d'exclusion : personnes allergiques à la lidocaïne et les femmes enceintes.</p> <p>44 adultes ont répondu aux critères d'inclusion. Sur ces 44 sujets, une personne a été mise à l'écart de l'étude, ce qui a donné au final un échantillon de 43 sujets adultes.</p> <p>De plus, 5 infirmières ont été choisies pour participer à l'étude.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : les patients ont participé à l'étude volontairement et ont fourni leur consentement éclairé. De plus, les chercheurs ont fourni des informations précises du but de la recherche au moyen d'envoi de mail et de brochures.</p> <p>Crème anesthésiante et la crème placebo : c'est la crème LMX-4 qui a été utilisée pour l'étude. Elle contient 4% de lidocaïne et 1,5% d'alcool. Pour le placebo, une crème pour les mains identique en apparence à la crème LMX-4 a été choisie par les chercheurs.</p> <p>Méthode de la récolte de données : les infirmières choisies pour l'étude avaient chacune un rôle : la première infirmière informait les participants du déroulement de l'étude et leur faisait compléter un bref questionnaire. La deuxième infirmière appliquait les crèmes sur les mains des patients. Pour se faire, elle avait à disposition une liste de randomisation générée par un ordinateur. L'infirmière savait alors quelle sorte de crème elle devait appliquer sur la main gauche puis la main droite. Les sujets devaient patienter 30 minutes avant de passer à la</p>

	<p>dernière étape. Pour terminer, trois infirmières étaient « les piqueuses », elles inséraient un cathéter i/v sur chaque main.</p> <p>Après avoir extrait les deux cathéters, chaque sujet a indiqué son niveau de douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA). Durant la même période, les infirmières ont reporté leur ressenti au niveau de la difficulté d'insertion du cathéter sur une échelle numérique allant de 0 à 10.</p> <p>Analyse des données : toutes les données ont été saisies dans une base de données Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS for Windows, Version 14.0.</p>
Résultats	<p>Les résultats de l'étude ont démontré qu'avec la crème LMX-4, les participants ont noté des scores de douleur significativement inférieurs par rapport aux scores de douleur avec la crème placebo ($p = .003$). En effet, le score moyen de la douleur avec LMX-4 (crème anesthésiante) était de 3,2cm sur l'EVA, tandis que le score moyen de la douleur avec la crème placebo était de 4,67cm sur l'EVA.</p> <p>Par rapport à l'hypothèse d'une corrélation entre les crèmes et l'insertion, les résultats ont démontré 3 insertions manquées dans le groupe placebo, et 6 dans le groupe LMX-4. Ces résultats n'ont pas été jugés significatifs par les auteurs. L'hypothèse d'une corrélation n'a pas pu être démontrée.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>A la connaissance des auteurs, les données de leur étude sont les premières à démontrer une diminution significative de la douleurs grâce à l'utilisation d'un anesthésiant topique dans une population adulte. De plus, l'utilisation de la LMX-4 n'a pas été perçue comme une difficulté supplémentaire dans l'insertion du cathéter IV.</p> <p>Implication pour la pratique : Les auteurs ne proposent pas une utilisation d'anesthésiant topique pour tous les patients. Ils sont conscients que dans certaines situations d'urgence, l'utilisation de ce matériel, qui engendre un temps d'attente d'environ 30 minutes avant de pouvoir continuer le soin, n'est pas envisageable. Néanmoins, ils recommandent d'utiliser des anesthésiants comme un outil précieux pour toutes les situations qui le permettent, autant pour les enfants que les adultes.</p> <p>Il y a cette notion de temps qui ressort fréquemment, comme étant un obstacle à l'utilisation de ces pratiques. Ils mettent en évidence le fait que les infirmiers devraient d'avantage se questionner sur ce qui prend le plus de temps : préparer un patient pour une intervention douloureuse et réussir rapidement le soin ou ne pas prendre le temps de préparer l'environnement et soumettre le patient à de la douleur et perdre un temps précieux, ainsi que de perdre indirectement cette ressource pour créer une relation avec le patient ?</p> <p>Les auteurs font également le lien avec les personnes atteintes de maladie chronique qui nécessite beaucoup d'interventions au niveau intraveineux. Au fur et à mesure des soins, l'accès vasculaire devient souvent un défi. Ces nombreuses tentatives peuvent nuire la perception que le patient a par rapport au rôle infirmier et à ses compétences.</p> <p>Des stratégies sont proposées afin de modifier la considération des professionnels face à l'utilisation de moyens anesthésiants : premièrement, les anesthésiants devraient être facilement disponibles pour les soignants. Il serait également nécessaire que l'institution soutienne cette utilisation. Pour finir, ils proposeraient la mise en place d'un ordre permanent établi par le médecin, qui permettrait aux infirmières d'intervenir le plus rapidement possible (Fein & Gorelick, 2006). Un changement, au sein de la pratique, doit être mesurable, observable et finalement rendre les choses plus faciles pour le patient et le personnel soignant. Actuellement, il y a un vide entre la perception des patients et celle des cliniciens en ce qui concerne l'utilisation d'anesthésiants.</p> <p>Les auteurs concluent la recherche en appuyant sur le fait que l'infirmière a un rôle important sur la diminution de la douleur associée à une procédure.</p>
Propre questionnaire, lien avec la question de	<p>L'étude concerne une population adultes qui a subi un soin douloureux (insertion d'un cathéter i/v). Cette procédure a déjà été identifiée comme étant douloureuse dans d'autres études et également au sein de la littérature. Les données offrent des interventions de style</p>

recherche	pharmacologique et les auteurs offrent des propositions qui permettraient d'améliorer l'utilisation de ce moyen. Point positif : chaque participant a pu évaluer sa douleur 2x étant donné qu'ils ont tous eu la crème anesthésiante et la crème placebo. Cela offre plus de crédibilité aux résultats.
-----------	--

Etude 3

Auteurs : **Krakowski, I.** ; Docteur en médecine – **Baylot, D.** ; Docteur en médecine – **Chvetzoff, G.** ; Responsable de département, soins palliatifs – **Collin, E.** ; Docteur en médecine – **Coulouma, R.** ; Anesthésiste – **Dixmerias, F.** ; Docteur en médecine – **Feuvret, L.** ; Docteur en médecine – **Freyssinet-Durant, C.** ; Docteur en médecine – **Lauwers-Allot, E.** ; Docteur en médecine – Lossignol, D. ; Docteur en médecine.

Année 2010 *Source* Douleur et analgésie – p. 113-120.

Titre Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2, an effective and well tolerated method

Devis : Devis quantitatif, étude randomisée multicentrique en double insu

Pertinence de l'étude 11/12

Problématique et visée de l'étude	La gestion de la douleur est un élément essentiel qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients hospitalisés en oncologie. L'objectif de cette étude était de prouver l'action et l'efficacité du MEOPA (Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote = mélange gazeux antalgique) en complément des traitements contre la douleur utilisés habituellement, lors des procédures douloureuses exécutées en oncologie. Limites : les auteurs indiquent qu'il aurait été plus adapté d'exclure les patients qui avaient déjà reçu du MEOPA lors d'une précédente procédure douloureuse. Toutefois, ces participants n'étaient pas nombreux et ils se trouvaient de façon équivalente dans les deux groupes de traitement. Le risque de biais était donc fortement limité.
Idées et concepts centraux/théories	L'utilisation du MEOPA a eu un grand succès dans le contexte de la pédiatrie et ce succès a guidé l'utilisation de cette antalgique auprès de la population adulte (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2009), principalement dans les unités d'oncologies. En effet, une large étude réalisée en France auprès de patients atteints de cancer et traités par chimiothérapie a démontré l'importance des répercussions et la minimisation de la douleur induite par des gestes invasifs et répétitifs. De plus, sur la totalité des patients interrogés, 32% ont dit « supporter » ces douleurs étant donné qu'ils n'avaient pas connaissance des éventuels traitements possibles (Sofres Médicale – Astra France, 1999).
Population/Echantillon	Critères d'inclusion : patients de plus de 18 ans, suivis pour une tumeur solide, un lymphome ou un myélome, devant subir un soin potentiellement douloureux tel que : ponctions (lombaires, hépatiques, etc.), biopsies, ablation de drains, pose de perfusions, toilettes douloureuses, soins d'escarres, mobilisation, etc. Critères d'exclusion : patient inapte à l'autoévaluation par l'échelle visuelle analogique (EVA) ou présentant une contre-indication à l'administration du produit de l'étude. Au total, 204 patients ont été inclus dans l'étude entre octobre 2007 et mai 2008. 5 patients n'y ont finalement pas participé en raison de divers motifs tel que l'annulation de leur procédure ou le refus de participer à l'étude.
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	Normes éthiques : l'étude a été approuvée par un comité d'éthique en France et en Belgique et tous les patients ont fourni leur consentement éclairé par écrit avant le début des récoltes de données. Méthode de la récolte des données : cette étude a été réalisée au sein de sept centres situés en France et un centre en Belgique. Les patients ont été placés de manière aléatoire dans deux types de traitements, soit l'administration du MEOPA, soit l'administration d'un traitement témoin placebo. Dans les deux types de traitements, le MEOPA et le placebo ont été administrés en complément de la prémédication

	<p>habituelle. Ils ont tous les deux été administrés par voie inhalée et ce trois minutes avant le début de la procédure et par la suite durant toute sa durée. Les bouteilles du MEOPA et du placebo avaient un aspect et un étiquetage identique, ce qui a permis d'assurer le double insu.</p> <p>Le critère d'évaluation était l'intensité de la douleur perçue durant la procédure. L'outil d'évaluation était une échelle visuelle analogique (allant de 0 à 100mm). Le patient devait évaluer l'intensité de sa douleur avant le début de la procédure et 15 minutes après la fin du soin. Après la procédure, le personnel médical a dû évaluer l'acceptabilité de la réalisation du geste sur une échelle allant de « mauvaise/séance interrompu » à « excellent comportement ». De plus, l'équipe médicale a dû classer la maniabilité du produit à savoir : facile, peu aisée ou très difficile.</p> <p>Analyse des données : Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test <i>t</i> de Student et les statistiques ont été effectuées grâce au logiciel SAS.</p>
Résultats	<p>199 patients ont participé à l'étude, soit 98 participants dans le groupe MEOPA et 101 participants au sein du groupe témoin. Du point de vue des données démographiques, aucune différence significative n'a été identifiée. 30% des participants présentaient un fond douloureux permanent, avec une intensité allant de faible (31%), modérée (59%) à intense (10%). 40 participants du groupe MEOPA et 38 participant du groupe placebo avaient déjà subi la même procédure dans les derniers six mois. De plus, sept d'entre eux avaient déjà reçu du MEOPA pour la même procédure. L'évaluation de l'intensité de la douleur avant la procédure : les patients sans fond douloureux indiquaient une intensité à 0 mm sur l'EVA et les patients avec un fond douloureux permanent avait une moyenne de 40mm sur l'EVA. La durée moyenne de la procédure a été de 8 +/- 11,7 minutes. Les traitements habituellement administrés lors de ces procédures ont été : les antalgiques, les anesthésiques et les psycholeptiques (nommés dans l'ordre décroissant). La douleur maximale ressentie par les patients a été significativement plus élevée dans le groupe placebo que dans le groupe MEOPA ($p = .006$). En effet, la douleur la plus élevée dans le groupe placebo a été indiquée à 60mm sur l'EVA contre 40mm pour le groupe MEOPA. De plus, l'augmentation de la valeur d'EVA par rapport à la valeur initiale a été significativement plus importante dans le groupe placebo que dans le groupe MEOPA ($p = .012$). En d'autres termes, les auteurs ont pu constater que l'intensité de la douleur initiale, chez les patients avec un fond douloureux, a été réduite grâce à l'utilisation du MEOPA.</p> <p>La maniabilité du MEOPA : dans 96% des cas, son utilisation a été jugée comme étant facile et l'équipe médicale a considéré le comportement du patient comme excellent ou très bon durant toute la réalisation du soin. Cela concernait plus de 8 patients sur 10.</p> <p>Durant la procédure, aucun événement indésirable grave n'a eu lieu. Au total, 10 patients du groupe MEOPA et 2 patients du groupe placebo ont ressenti au moins un événement indésirable. Toutefois, tous ces événements ont été mineurs et passagers. Pour information, la plupart de ces événements ont été des nausées et des vomissements.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Selon les auteurs, les procédures douloureuses sont régulièrement minimisées par le personnel soignant et sont malheureusement fréquentes dans le contexte de l'oncologie (Coutaux et al., 2008 ; Sofres Médicale – Astra France (1999). En effet, ces patients doivent se soumettre à de nombreux actes thérapeutiques ou diagnostiques qui, par leur répétition, peuvent provoquer de la douleur. Les auteurs affirment qu'en négligeant cette douleur induite, il y a un risque de mettre en péril la prise en charge de la maladie. Choisir un antalgique adapté à ce genre de douleur induite n'est pas simple et il existe peu de recommandations à ce sujet (Krakowski et al., 2005).</p> <p>Les auteurs reviennent sur les résultats et peuvent affirmer que la douleur maximale et l'aggravation de celle-ci, ressentie durant une procédure douloureuse, sont significativement réduites grâce à l'utilisation du MEOPA. Les auteurs constatent que la procédure la plus effectuée a été le retrait de drain (près d'un tiers des situations), mais ils précisent que les types de procédures sont divers. L'inhalation du produit a été bien tolérée par les patients. En effet, cela peut se traduire dans les données de l'équipe médicale, qui ont décrit les comportements des patients de très bon voire d'excellente chez plus de 8 patients sur 10. L'équipe médicale a également été satisfaite par le produit et a jugé son utilisation</p>

	<p>facile dans plus de 9 situations sur 10.</p> <p>Concernant les effets indésirables du MEOPA : en général, ils sont mineurs, bénins et s'arrêtent dès que l'administration est stoppée. Il semblerait que les événements indésirables soient plus élevés lorsque la durée d'inhalation dépasse dix minutes (Sanders, Weimann & Maze, 2008 ; Bauer et al., 2007 ; Onody, Gil & Henenquin, 2006). Les auteurs identifient également les risques pour le personnel soignant. En effet, ce dernier est directement exposé aux gaz lors de l'utilisation du MEOPA, mais l'équipement au niveau du masque d'une valve unidirectionnelle et le respect d'une ventilation correcte au sein des locaux sont des mesures préventives et efficaces (Kalinov 170 bar, 2006 ; Rebeschini, Dalivoust, Durant & Gazazian, 2006).</p> <p>Implication pour la pratique : Les auteurs précisent le fait que l'administration du MEOPA a été jugée facile par l'équipe médicale et très bien tolérée par les patients. Il est nécessaire de suivre une formation définie comme simple par les auteurs afin de pouvoir administrer ce moyen antalgique. De plus, la mise en place d'une prescription systématique permettrait au soignant d'utiliser le MEOPA sans prescription médicale.</p>
Propre questionnement, lien avec la question de recherche	<p>Cette étude tient compte de mes critères d'inclusion : patients adultes ayant ressenti des douleurs induites suite à une procédure. De plus, elle présente une nouvelle intervention pharmacologique : l'utilisation du MEOPA. Les auteurs ont pu identifier de manière significative ses avantages, mais ils ont également tenu compte des complications éventuelles qu'engendre l'utilisation de ce type d'antalgie. L'implication pour la pratique démontre nettement que l'utilisation du MEOPA est considérée comme une intervention infirmière, à condition que le personnel suive une simple formation.</p>

Etude 4

Auteurs : **Jacobson, A.F.** ; RN, PhD.

Année 2006 Source AORN Journal – p. 1031-1048.

Titre Cognitive-Behavioral interventions for IV insertion pain

Devis : Devis quantitatif, essai contrôlé randomisé

Pertinence de l'étude : 11/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Cette étude a été menée afin de déterminer si l'utilisation d'interventions cognitivo-comportementales permettrait de réduire la douleur ressentie par les patients lors de l'insertion d'un cathéter veineux. Les interventions cognitivo-comportementales (ICC = abréviation utilisée dans la grille d'analyse) choisies par l'auteur sont la musique, le kaléidoscope et l'imagerie guidée.</p> <p>Plus précisément, le but était de démontrer que si le patient choisit lui-même son intervention, l'efficacité sur sa douleur sera plus efficace que s'il ne peut pas choisir et qu'il est assigné à une ICC au hasard. Le deuxième but était de trouver une éventuelle corrélation entre le choix d'une ICC et l'âge et le sexe du participant.</p> <p>L'auteur décrit donc deux questions de recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les patients recevant une intervention cognitivo-comportementale, y a-t-il une influence sur leur satisfaction du soin selon leur sexe et selon le fait d'avoir eu le choix de l'intervention ? • Le sexe et l'âge ont-ils influencé le choix du type d'intervention ? <p>Limites : le fait de n'avoir choisi que deux institutions ne permet pas de généraliser les conclusions. L'utilisation des mêmes instruments de mesure (échelles numériques) pour évaluer la difficulté d'insertion, la douleur et la satisfaction face à l'intervention, auraient pu amener des éventuels biais aux résultats. Pour finir, il y a l'hypothèse que les patients qui ont soit voulu avoir le soin habituel ou qui ont été assignés à ce</p>
-----------------------------------	--

	groupe, ont peut être développé leurs propres stratégies cognitives pour gérer leur douleur.
Idées et concepts centraux/théories	<p>Les patients hospitalisés sont habituellement soumis à une insertion d'un cathéter veineux. Des études démontrent que cette intervention est douloureuse (Jacobson, 1999 ; Harrison, Langham & Bogod, 1992). Bien que les études démontrent l'efficacité de ces interventions durant les périodes péri opératoires (Mok & Wong, 2003 ; Ikonomidou, Rehnstrom & Naesh, 2004), d'autres recherches sont nécessaire afin d'approuver leur efficacité lors de procédures invasives tels que les insertions de cathéter veineux.</p> <p>L'auteur a utilisé 5 cadres théoriques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La théorie du portillon : Selon cette théorie, la douleur est le résultat d'une lésion tissulaire entraînant le déclenchement de nocicepteurs. L'impulsion de la douleur est alors transmise au cerveau, où se produit la perception de la douleur. La perception de la douleur peut avoir une dimension sensitive et affective (Fernandez & Turk, 1992). Selon la théorie du portillon, les facteurs cognitifs et émotionnels exercent un effet direct en lien à la douleur. Ainsi certains états comme l'anxiété peuvent augmenter la douleur en facilitant la transmission des impulsions au niveau de la moelle épinière et d'autres états comme la distraction peut diminuer ces impulsions en les bloquant (Summers, 2000). 2) Les interventions cognitivo-comportementales : ces interventions réduisent la douleur en activant des contrôles cognitifs qui vont influencer les émotions issues de la dimension sensitive et affective de la douleur. Elles vont également fournir des stimuli qui seront en compétition avec le stimulus douloureux, ce qui va permettre de diminuer la perception de la douleur (Kwekkeboom, 2003 ; Turk & Meichenbaum, 1989). Pour une utilisation optimale, ces interventions doivent être brèves et efficaces (Bruehl, Carlson & McCubbin, 1993). Snyder et Chlan (1999) ont examiné plus de cent études sur l'effet de la musique et ont pu conclure qu'elle était efficace pour réduire l'intensité de la douleur. De plus, il semblerait que le fait de permettre au patient de choisir sa variété de musique pourrait améliorer son efficacité. Cason et Grisson (1997) se sont intéressés à l'efficacité des kaléidoscopes lors des interventions de courte durée. Les résultats montrent que l'utilisation d'un kaléidoscope au cours d'une intervention douloureuse fournit des stimuli visuels qui rivalisent avec le stimulus douloureux, faisant ainsi office de distraction et de diminution de la douleur. L'utilisation de l'imagerie guidée peut également servir comme distraction du stimulus douloureux, diminuant ainsi la réponse à la douleur (Stephens, 1993). Toutefois, les études faites à ce sujet suggèrent des compléments d'enquêtes afin de pouvoir définir l'imagerie guidée comme étant une intervention permettant de diminuer les douleurs aiguës (Giedt, 1997). 3) Interventions choisies par le patient : Weisenberg (1989) suggère que le fait de donner aux patients un choix de stratégies pour faire face à sa douleur est plus important que le type de stratégies que l'on va lui proposer. Cela donne au patient un sentiment de contrôle = meilleure gestion de sa douleur. 4) Douleur de l'insertion d'un cathéter IV : la plupart des études au sujet de la douleur causée par une insertion IV ont mis l'accent sur l'efficacité des agents pharmacologiques tel que les anesthésiants topiques ou intradermiques. Bien que ces derniers soient efficaces pour diminuer la douleur, plusieurs facteurs limitent leur utilisation : ils encouragent une augmentation des coûts lors de chaque utilisation, ils ne peuvent être utilisés sans l'intervention d'une infirmière et ils sont associés à une vasoconstriction ce qui augmenterait la difficulté d'insertion du cathéter. De plus, il est nécessaire de patienter environ une heure avant que le produit fasse son effet (Dutta, Puri & Wig, 2003 ; Armstrong, Young & Mckeown, 1990). 5) Les variables liées à l'insertion d'un cathéter et la douleur : les variables liées à l'insertion IV, telles que la difficulté d'insertion et la

	durée du soin, peuvent influencer la douleur causée par le soin (Jacobson, 1999).
Population/Echantillon	<p>Les assistants de recherches ont recruté les participants dans deux unités de chirurgie et dans une unité de gastroentérologie issus de deux hôpitaux de la région du Midwestern. L'échantillon d'infirmières était composé de 41 participantes (plus précisément 40 infirmières et 1 infirmier) et l'échantillon patients de 324 participants (160 provenant d'unités d'endoscopie et 164 d'unités de chirurgie).</p> <p>Critères d'inclusion pour les infirmières : avoir leur diplôme en soins infirmiers ou le diplôme d'infirmière auxiliaire autorisée à pratiquer des insertions de cathéter IV et ayant une expérience de cette procédure depuis au moins six mois.</p> <p>Critères d'inclusion pour les patients : les participants devaient avoir 18 ans ou plus et devaient parler anglais. Il était obligatoire que le patient ait un ordre médical demandant une insertion d'un cathéter IV. Le patient ne devait pas avoir eu à subir cette intervention depuis son admission. Et pour finir, les participants qui étaient invités à participer à l'étude ne devaient pas présenter de déficiences sensorielles, cognitives ou motrices qui auraient pu limiter leur participation dans les interventions ou qui auraient pu les empêcher de compléter les instruments d'évaluation de la douleur.</p> <p>Les infirmières ont dû transmettre les informations suivantes : leur unité de travail, l'âge, le sexe, les années d'expérience dans les soins et leur expérience par rapport au geste d'insertion de cathéter IV. De plus, avant de commencer l'étude, elles ont répondu à une auto-évaluation concernant leur habileté dans l'insertion des cathéters IV sur une échelle numérique allant de 0 à 10. Les patients ont dû transmettre les informations suivantes : âge, sexe et ethnie. Le chercheur a inscrit pour chaque patient le calibre du cathéter utilisé, le site d'insertion, la durée d'insertion et la réussite.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : les commissions d'éthiques des deux hôpitaux ont approuvé l'ensemble de la recherche. De plus, tous les participants ont fourni un consentement éclairé par écrit.</p> <p>Les ICC choisies pour l'étude : Au sujet de l'intervention de la musique, les participants avaient le choix entre 34 disques compacts qui regroupaient 9 catégories de musique pouvant plaire à toutes les catégories d'âges. Pour l'intervention kaléidoscope, les participants devaient regarder à travers un kaléidoscope d'illusion. Ce dernier était léger, pouvait facilement se tenir dans une main et produisait des changements de modèles sans que le patient doive le tourner. Pour finir, l'intervention d'imagerie guidée consistait en un enregistrement de 9 minutes, sur disque compact, d'un script élaboré par le consultant en imagerie guidée. Le choix du texte et de la musique douce devait permettre à la personne de se relaxer.</p> <p>Méthode de la récolte de données : avant de débiter la récolte, une musicothérapeute, certifiée par un doctorat en éducation musicale, et un spécialiste de l'imagerie guidée ont participé à l'élaboration et à l'affinage des ICC choisies pour l'étude. Deux assistants de recherche ont été formés par le chercheur principal pour réaliser les interventions et recueillir les données de manière normalisée. Le chercheur a organisé une répétition générale, avec la participation d'étudiantes infirmières, afin d'évaluer les ICC et les outils de récolte de données. Les participants ont été assignés au hasard à un des trois groupes de traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe qui avait le choix entre les 3 ICC selon leurs préférences. A savoir que ces participants pouvaient également choisir de ne pas recevoir l'une de ces interventions et recevoir la procédure habituelle (= sans traitement ajouté). - Le groupe qui n'a pas eu le choix et qui a bénéficié d'une des 3 ICC au hasard. - Le groupe nommé soins habituels, qui n'a pas eu de traitement supplémentaire durant l'insertion du cathéter IV (représente la procédure habituelle). <p>Suite à cette classification, les patients ont été pris en charge par une infirmière pour l'insertion d'un cathéter IV selon ses habitudes de pratique. La durée de l'évaluation prenait fin au moment où la perfusion était en place. Afin d'être le plus systématique possible, chaque</p>

	<p>procédure était chronométrée. Immédiatement après le soin, le patient devait évaluer l'intensité de sa douleur et l'intensité de l'angoisse de la douleur, et les infirmières devaient évaluer la difficulté d'insertion. Les outils d'évaluation étaient constitués d'échelles. Le patient avait à disposition une échelle numérique allant de 0 à 10 et devait évaluer son intensité et sa détresse à l'aide de la même échelle. Pour les infirmières, l'outil d'évaluation était également constitué d'une échelle numérique allant de 0 à 10. Si la tentative avait échoué lors de la première insertion, les patients et les infirmières devaient évaluer les critères demandés avant qu'une autre tentative soit faite. De cette manière, ces données ont pu être incluses dans les résultats de l'étude. Particularité pour le groupe « choix de l'intervention » et le groupe « assigné au hasard à l'une des 3 interventions » : ils ont dû, en plus de l'évaluation de l'intensité et de la détresse de la douleur, répondre à la question suivante : Dans quelle mesure avez-vous apprécié recevoir les ICC sur une échelle de 0 (= pas du tout) à 4 (= très bien) ?</p> <p>L'analyse des données : les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 14.0 statistical software, ce qui a permis de mettre en évidence les variables, les moyennes ainsi que les écarts-types issus des données.</p>
Résultats	<p>Informations générales : 41 infirmières ont participé à l'étude et 324 insertions de cathéters IV ont été effectuées. L'âge des participants était situé entre 27 et 62 ans avec une moyenne de 45 ans. Pour les infirmières : le nombre d'années d'expérience représentait une moyenne de 22 ans et elles ont déclaré avoir en moyenne 19 insertions IV à effectuer par semaine dans leur unité de soins. Leur autoévaluation sur leurs compétences dans les insertions de cathéter IV se situait entre 4 et 10, avec une moyenne de 8,8. Au sujet des patients, il y avait 324 participants, composés de 206 femmes et 118 hommes. Ils avaient entre 18 et 93 ans, avec une moyenne d'âge de 55 ans.</p> <p>Réponses aux questions de recherches : la première question était basée sur l'hypothèse suivante : si le patient a la possibilité de choisir son intervention, il aura une meilleure satisfaction du soin. Les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes. En effet, les participants qui ont eu la possibilité de choisir l'intervention n'ont pas été plus satisfaits que le groupe qui n'avait pas eu le choix ($p = .108$). Pour la deuxième question de recherche, l'hypothèse était que les facteurs tels que le sexe et l'âge allaient influencer le choix de l'intervention. Les résultats n'ont pas révélé une corrélation statistiquement significative entre l'intervention choisie et l'âge, mais ils ont néanmoins pu établir une corrélation entre le sexe et le choix de l'intervention. En effet, les hommes ont été plus nombreux à choisir l'option « sans intervention ICC », donc de recevoir le soin de manière habituelle, que les femmes. De plus, les femmes ont précisé avoir plus apprécié les interventions ICC que les hommes ($p < .001$).</p> <p>Autres résultats : une relation a été recherchée entre les compétences des infirmières (définies par leur auto-évaluation) et la difficulté d'insertion qu'elles ont rencontré, l'intensité de la douleur et l'angoisse de la douleur mises en évidence par le patient lors du soin. Toutes ses relations sont faibles et statistiquement non-significatives. Les effets du calibre du cathéter et le site d'insertion sur l'intensité et la détresse de la douleur ressenties par le patient ont été examinés. Les résultats démontrent que le choix du calibre du cathéter ($p < .001$) et le site d'injection ($p = .003$) influencent le niveau d'intensité de la douleur et la détresse ressenties par le patient durant le soin. De manière plus précise, 98 personnes ayant eu le cathéter de calibre 18 ont indiqué une intensité moyenne de la douleur à 3 ; 58 personnes ayant eu le cathéter de calibre 20 ont indiqué une intensité moyenne de la douleur à 2,7 ; et pour finir, 162 personnes ayant eu le cathéter de calibre 22 ont indiqué une intensité moyenne de la douleur à 1,5. Par rapport au site d'insertion, les résultats indiquent que les insertions au niveau du coude sont celles qui ont causé les intensités de douleur les plus faibles avec une moyenne de 1,3. Venait ensuite le site de la main, avec une moyenne de 2,3, puis l'avant bras avec une moyenne de 2,8 et pour finir le poignet avec une moyenne de 2,9. Difficulté d'insertion évaluée par les infirmières : 17% des insertions ont été infructueuses chez les femmes, contre 9% chez les hommes. Selon les auteurs, cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = .072$).</p>
Discussion et implication	Les résultats de cette étude ne permettent pas d'affirmer l'hypothèse que le fait de choisir son intervention permet de diminuer davantage

pour la pratique	<p>l'intensité de la douleur et la détresse de la douleur lors d'une insertion IV. De plus, les patients qui ont reçu les ICC n'ont pas signalé une douleur significativement inférieure à celle des participants qui ont reçu le soin habituel. Ainsi, l'utilisation des ICC, comme étant un moyen d'atténuer la douleur causée par les insertions de cathéters IV, n'a pas pu être affirmée. Ces résultats sont significatifs avec d'autres études réalisées à ce sujet (Kwekkeboom, 2003 ; Carlson et al., 2000), mais entrent toutefois en conflit avec d'autres études qui ont pu affirmer un effet positif de ces ICC lors de procédures douloureuses (Lang et al., 2000 ; Chlan et al., 2000 ; Cason & Grissom, 1997).</p> <p>L'auteur argumente ses résultats à l'aide de deux facteurs. Le premier est lié à un de ses cadres théoriques, la théorie du portillon : bien que les insertions de cathéters IV soient omniprésentes dans l'environnement hospitalier, il se peut que cette procédure ne soit pas un soin provoquant une énorme douleur. De ce fait, comme la personne ressent peu de douleur = stimulus de la douleur faible, l'intervention visant à diminuer cette douleur n'a eu qu'un effet minime. Un autre facteur qui a pu influencer l'efficacité des ICC, c'est l'aspect d'une approche standardisée et non individualisée. L'utilisation de ces interventions au sein d'un système composé de prestations de soins et qui seraient offertes par le personnel soignant pourrait démontrer des résultats plus efficaces.</p> <p>Bien que les ICC utilisées dans cette étude n'ont pas permis de réduire la douleur lors de l'insertion d'un cathéter IV, les participants ont malgré tout bien accepté ces interventions, principalement la musique. Ceci amène à dire que les ICC ont permis de répondre au besoin « affectif » du patient qui subit des interventions douloureuses, et peuvent également promouvoir sa satisfaction par rapport aux soins reçus. D'autres études mettent également en évidence cette notion de satisfaire les besoins émotionnels et spirituels des patients (Clark, Drain & Malone, 2003). Toutefois, l'auteur précise que les résultats prouvent que les femmes sont plus intéressées par ces techniques, que les hommes. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études antérieures, qui précisent que les moyens non-pharmacologiques sont plus utilisés par les femmes que les hommes (Conboy et al., 2005 ; Richman et al., 1999). D'un point de vue plus général, l'intervention la plus appréciée a été la musique. Bien que ce soit la plus appréciée, l'auteur précise l'avantage d'avoir une palette d'interventions à proposer au patient afin qu'il puisse avoir recours à une intervention qui lui soit bénéfique.</p> <p>Pour finir, l'auteur reprend les résultats sur la difficulté d'insertion évaluée par les infirmières. La difficulté d'insertion était faiblement, mais significativement, corrélée avec l'intensité de la douleur et la détresse de la douleur du patient. Cela coïncide avec le modèle théorique : le fait d'avoir une diminution de la difficulté d'insertion permet d'entraîner une diminution de la douleur. La perception de la douleur que ressent le patient durant le soin et ses croyances, ainsi que les compétences de l'infirmière durant le soin sont de bons prédicteurs de la satisfaction qu'a le patient à la suite du soin. L'auteur met également en évidence un autre résultat issu de la recherche : le lien entre la douleur et le site d'insertion (principalement la main et le poignet) ainsi que le calibre du cathéter. En d'autre terme, le choix du matériel.</p> <p>Implication pour la pratique : même si dans cette étude les ICC n'ont pas permis de diminuer la douleur, elles ont toutefois été bien acceptées par les patients, en particulier les femmes. Elles peuvent donc augmenter la satisfaction du patient. De plus, ces interventions sont à bas prix et faciles à mettre en œuvre. L'auteur propose de les rendre disponibles pour les patients subissant une intervention en peropératoire ou lors d'autres interventions.</p> <p>Le choix du matériel et le site d'insertion sont deux éléments qui devraient être plus examinés par les infirmières. Cela devrait les aider à guider leur choix. Un choix qui serait fondé sur la promotion d'une thérapie plus efficace et qui entraînerait le moins de douleur possible.</p>
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	<p>Etude très bien construite, de plus l'auteur s'appuie sur des notions physiologiques. Cela permet de ne pas interpréter les données relatives à la douleur. Cette étude permet de répondre à ma question de recherche et elle offre de nouvelles données qui peuvent être traduites comme des interventions : le choix du matériel et du site d'insertion, la notion de choix pour le patient = le fait de lui proposer des interventions et pour finir le lien entre la difficulté d'insertion et l'intensité de la douleur = l'infirmière doit être une experte de son geste technique. Les auteurs</p>

	identifient également la préférence des femmes pour ICC par rapport aux hommes. Point négatif en lien à ma question de recherche: cette étude n'a pas pris en considération l'aspect de l'anxiété.
--	--

Etude 5

Auteurs : **Kwekkeboom, K.L.** ; PhD, RN.

Année 2003 *Source* Oncology nursing forum – p. 433-440.

Titre Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer

Devis : Devis quantitatif, essai contrôlé randomisé

Pertinence de l'étude : 11/12

Problématique et visée de l'étude	<p>But : comparer les effets de la musique, de la distraction et du traitement habituel sur la douleur et l'anxiété ressenties par le patient adulte au cours de procédures médicales invasives. L'auteur a émis deux hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes qui reçoivent une intervention basée sur la musique au cours d'une procédure médicale invasive auront moins de douleur et d'anxiété et plus de contrôle perçu sur la douleur, que les personnes qui reçoivent une intervention de distraction. • Les personnes ayant recours à des interventions cognitivo-comportementales (ICC) telles que la musique ou la distraction, durant une procédure médicale invasive, auront moins de douleur et d'anxiété et plus de contrôle perçu sur ces deux dimensions, que les personnes qui reçoivent une prise en soins habituelle. <p>Limites : petit échantillon, donc résultats non généralisables. Le niveau d'anxiété n'a pas été évalué durant la période d'attente avant le début de l'intervention (notion qui aurait pu être intéressante selon les auteurs). Dix personnes avaient déjà subi cette procédure médicale ce qui aurait pu modifier leur perception de la douleur et de l'anxiété. Le traitement d'antalgie et les anxiolytiques, administré à chaque patient, a peut-être été suffisant pour gérer la douleur et l'anxiété pour certains patients et les ICC n'ont pas fourni d'effets supplémentaires.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>La douleur et l'anxiété sont des symptômes couramment rencontrés par les personnes diagnostiquées du cancer (Portenoy, Payne & Jacobson, 1999 ; Bottomly, 1998 ; Cleeland et al., 1994). Au début de la maladie, la douleur et l'anxiété sont souvent liées à l'inconnu, aux procédures médicales qui permettent d'établir un diagnostic et aux traitements de la maladie, comme les biopsies ou la mise en place des dispositifs d'accès veineux centraux. A long terme, la douleur et l'anxiété peuvent avoir des conséquences psychologiques (Smith, Redd, Peyser & Vogl, 1999 ; Chrisler, 1994). Une récente étude s'est intéressée à la douleur associée à ces procédures. Elle a révélé que la douleur moyenne pour le placement d'un cathéter central a été évaluée à 6,8 sur une échelle de 1-10 (Morrison, 1998) et l'étude de Kelly et Winslow (1996) a mis en évidence une douleur moyenne de 5,3 sur 10 chez une population féminine subissant une biopsie mammaire. Les interventions cognitivo-comportementales (ICC) sont utiles dans le contrôle de la douleur et de l'anxiété associées à des interventions médicales invasives. Ces interventions sont basées sur la théorie cognitive (Beck, 1993) et sur la modulation cognitive de la douleur (Villemure & Bushnell, 2002). La distraction implique une focalisation de l'attention ciblée au loin de la sensation désagréable (McCloskey & Bulechek, 2000). Elle a prouvé son efficacité chez les enfants et les adolescents atteints de cancer en les aidant à faire face aux procédures douloureuses et pénibles ainsi qu'aux traitements (Wint, Eshelman, Steele & Guzzetta, 2002 ; Duhamel, Redd & Vickberg, 1999 ; Blount, Powers, Cotter, Swan & Free, 1994). Seules quelques études ont tenté de tester ces stratégies auprès des adultes. Concernant la musique, Brown, Chen et Dworkin (1998) ont indiqué que la musique pouvait être utile dans le soulagement de la douleur à travers deux voies distinctes : la distraction de l'attention de la douleur et la modification de la dimension de la douleur.</p>
Population/Echantillon	Un total de 69 patients répondaient aux critères de l'étude et ont été invités à y participer. Au final, les données de 68 patients (n=58) ont pu

	<p>être traitées. L'étude s'est déroulée dans une clinique d'oncologie de la région du Midwest. Afin d'éviter les différences entre les habitudes de pratique du chirurgien et du style de relation interpersonnelle, le recrutement s'est limité aux patients traités par le même chirurgien.</p> <p>Critères d'inclusion : patients de plus de 18 ans, diagnostiqués d'un cancer, étant hospitalisés dans le service ambulatoire pour un examen médical invasif tel qu'une biopsie ou la pose ou l'ablation d'un cathéter veineux central.</p> <p>Critères d'exclusion : patient étant incapable de lire et d'écrire en anglais, étant incapable de remplir les questionnaires et les outils d'évaluation de manière autonome.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : l'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel avant le début de la collecte des données, de plus tous les patients ont fourni un consentement éclairé.</p> <p>Méthode de la récolte de données : l'infirmière de recherche a invité les patients, qui remplissaient les critères d'inclusion à participer à l'étude au moment de leur arrivée à la clinique. Les participants ont été assignés au hasard à l'un des trois groupes de traitement. Cette randomisation a été réajustée dans le but que tous les groupes soient composés de différentes interventions (biopsie, pose ou ablation du cathéter central) réparties de manière égale. Les informations concernant les interventions ont été transmises aux patient pas l'infirmière de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La musique : le groupe assigné à ce traitement était composé de 24 personnes. Ils avaient le choix entre différents styles de musique, selon leur préférence. • La distraction : ce groupe était composé de 14 personnes. Le chercheur leur a fourni une variété d'histoires audio que les participants pouvaient choisir selon leur préférence. Durant la procédure, les patients devront fournir une écoute active. Cette dernière a été évaluée à l'aide d'un mini-quiz constitué de questions ciblées sur l'histoire audio. Le patient devait y répondre à la suite de l'intervention. • Le traitement habituel : ce groupe de contrôle était composé de 20 personnes. Elles ont été invitées à rester tranquilles tout au long de la procédure. <p>Tous les participants ont été autorisés à prendre un traitement antalgique ou des anxiolytiques avant et pendant la procédure en fonction de leur besoin.</p> <p><u>Les outils de mesure :</u> l'infirmière de recherche avait le rôle d'enregistrer les variables des patients = l'âge, le sexe, l'ethnie, le niveau de formation, le type de cancer, la procédure à effectuer, les procédures précédentes et la prise d'analgésique et d'anxiolytique avant et pendant l'intervention. L'intensité de la douleur a été mesurée à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 = pas de douleur à 10 = douleur inimaginable. Le patient a dû le faire à trois moments différents : avant, pendant et après la procédure. L'anxiété a été mesurée avec The Spielberger state-trait anxiety inventory-state portion (STAI-s). Cet outil permet de mesurer le sentiment d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude. Le patient l'a rempli avant et après la procédure. Pour finir, le contrôle perçu sur la douleur et l'anxiété a été mesuré de la manière suivante : le patient devait évaluer « son sentiment de contrôle sur la douleur et l'anxiété » sur une échelle allant de 0 = aucun contrôle à 10 = contrôle total. Cette question est issue du questionnaire The coping strategies questionnaire.</p> <p>L'analyse des données : toutes les analyses ont été faites à l'aide du programme SPSS software, version 10.0. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les variables démographiques. Les résultats finaux ont été comparés entre les groupes à l'aide de l'analyse de covariance (ANCOVA).</p>
Résultats	<p>L'échantillon était constitué de 40 femmes et 18 hommes et l'âge moyen était de 53,28 ans. Données générales divers diagnostics: 17 patients = CA sein ; 17 patients = lymphome ; 9 patients= leucémie ; 3 patients = CA colorectal ; 12 patients = autres. Concernant les procédures, il y a</p>

	<p>eu 30 placements de cathéter de Hickman et 7 retraits, 21 biopsies. Dix participants avaient déjà subi la même procédure dans le passé. Aucune différence dans les variables démographiques n'a été notée entre les trois groupes de traitements. Aucune différence significative entre le groupe musique et celui de la distraction au niveau de la douleur, de l'anxiété et du contrôle perçu n'a été identifiée. La douleur moyenne durant la procédure pour le groupe musique était de 2,33 et celle du groupe distraction était de 2,76. Le niveau d'anxiété évalué après la procédure était de 33,45 pour le groupe musique et de 32,25 pour le groupe distraction. Et pour terminer, le niveau de contrôle perçu sur la douleur était de 6,57 pour le groupe musique et 6,61 pour le groupe distraction. Concernant le niveau moyen de la douleur, de l'anxiété et du contrôle perçu rapporté par les groupes expérimentaux, ces derniers ne diffèrent pas de ceux du groupe contrôle.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Aucune différence significative n'a été trouvée au niveau de la douleur, de l'anxiété et du contrôle perçu entre les deux groupes expérimentaux. Ce résultat négatif par rapport à l'hypothèse du départ, peut indiquer que l'écoute de la musique utilisée lors d'une brève intervention agit simplement comme un mode de distraction, sans amener d'avantages supplémentaires. A noter que le groupe distraction a été évalué au sujet de leur écoute active. La majorité des participants a fait au minimum une faute sur les quatre questions du mini-quiz. Ces données prouvent qu'ils n'ont pas pu être pleinement distraits durant l'intervention. Le chercheur avait également émis l'hypothèse que les deux groupes recevant les ICC auraient moins de douleur et d'anxiété et plus de contrôle perçu que les participants du groupe contrôle. Étonnamment, les personnes du groupe contrôle ont signalé des résultats similaires et ce à tous les niveaux. Ces résultats sont similaires à ceux de Smith et al. (2001) et Cepeda, Diaz, Hernandez Daza & Carr (1998), mais sont toutefois incompatibles avec ceux de Chlan, Evans & Greenleaf (2000), qui ont démontré que l'utilisation de la musique engendre moins d'inconfort et d'anxiété. L'auteur explique ces résultats de diverses manières. Une des causes, c'est que de nombreux participants étaient à un stade précoce de leur maladie. A ce stade, les gens peuvent avoir besoin de « surveiller » ce qui se passe. Être distrait lors des procédures peut ajouter un stress supplémentaire. En effet, 3 ont précisé que la distraction les avait empêchés d'entendre et de se concentrer sur le chirurgien. Au contraire, 3 personnes ont fait remarquer leurs difficultés à se concentrer sur la musique ou l'histoire audio, car elles étaient trop distraites par le chirurgien. 2 personnes ont indiqué que la douleur et l'anxiété étaient trop importantes pour qu'ils puissent se concentrer sur la musique ou l'histoire. Et d'un point de vue général, 22 participants auraient apprécié avoir les ICC avant le début de la procédure. Pour finir, dix participants ont déclaré que les ICC leur étaient utiles et leur ont permis de penser à autre chose, tandis que 2 personnes ont indiqué qu'elles n'avaient pas aimé recevoir ces interventions. Ces différentes remarques illustrent bien ces différents styles d'adaptation personnels (Miller, Fang Diefenbach & Bales, 2001 ; Miller, 1987). Les auteurs ressortent deux styles d'adaptation, les « monitors », ce sont les gens qui tentent de s'adapter en participant au soin, et les « blunters », c'est le style de personnes qui tentent de s'adapter en essayant de se distraire. Une autre explication donnée par l'auteur est liée au fait que le groupe contrôle a été averti que pour l'étude, les deux autres groupes allaient recevoir des ICC. Les patients ont peut-être eu recours d'eux-mêmes à des interventions non-pharmacologiques = des stratégies innées. De plus, les douleurs et l'anxiété sont des variables subjectives. Les patients du groupe contrôle les ont peut-être évaluées avec des valeurs plus basses, en pensant que sans ICC la douleur allait être insupportable. Ces hypothèses pourraient expliquer ces résultats significatifs. Les résultats par rapport à l'utilisation de moyens pharmacologiques ont démontré que 31% des participants ont reçu des anxiolytiques au cours de la procédure, alors que seulement 7% ont eu des analgésiques. Fait intéressant, 50% des hommes ont demandé un traitement anxiolytique contre 23% chez les femmes.</p> <p>Implication pour la pratique : les cliniciens devraient demander au patient s'il est intéressé à utiliser une stratégie comme la distraction ou la musique durant une procédure douloureuse. Il serait également utile de prendre le temps de voir avec le patient quelles étaient les stratégies qu'il avait utilisées dans le passé. L'auteur suggère de proposer plusieurs interventions au patient. Les recherches futures devraient plus se pencher sur les différents styles comme les « monitors » et les « blunters ». De plus, il proposerait d'intégrer à l'échantillon, uniquement les</p>

Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	personnes qui sont intéressées à recevoir une ICC. Etude liée avec ma question de recherches : population adulte devant subir des soins douloureux dans un milieu de soins aigus. Toutefois, elle ne fournit pas directement des interventions infirmières, mais argumente les éventuelles interventions cognitivo-comportementales que l'infirmière pourrait offrir aux patients. Ces argumentations fournissent des éléments nouveaux tant au niveau physiologique que psychologique. En effet, l'auteur fait le lien entre le but de sa recherche et l'effet de ces interventions au niveau physiologique. Et il argumente ses résultats en intégrant différentes causes, comme les différents styles. Ces différents styles se lient à la notion de choix qu'il faut laisser au patient.
--	---

Etude 6

Auteurs : **Elkins, G.** ; Baylor University, Waco – **White, J.** ; Scott and White Memorial Hospital and Texas A & M University College of Medicine – **Patel, P.** ; Scott and White Memorial Hospital and Texas A & M University College of Medicine – **Marcus, J.** ; Scott and White Memorial Hospital and Texas A & M University College of Medicine – **Perfect, M.M.** ; Scott and White Memorial Hospital and Texas A & M University College of Medicine – **Montgomery, G.H.** ; Mount Sinai School of Medicine.
Année 2006 *Source* Journal of Clinical and Experimental Hypnosis – p. 416-431.

Titre Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening : case studies and possible benefits

Devis : Devis quantitatif, rapport de cas

Pertinence : 9/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Cette étude avait deux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etudier la faisabilité d'une détente hypnotique chez des patients subissant une coloscopie. • Explorer l'efficacité de l'hypnose et ses avantages possibles dans la gestion de la douleur et de l'anxiété au cours d'une coloscopie. <p>Limites : les auteurs mettent en évidence l'absence de randomisation. Cela a pu créer un biais au sein de la population. En effet, les participants avaient tous exprimés leur intérêt quant à l'utilisation de l'hypnose. De plus, il manque des comparaisons entre les avantages d'avoir recours à un thérapeute ou la possibilité d'utiliser une simple utilisation d'une bande son.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>L'examen du colon, grâce à une coloscopie, est considéré comme la méthode la plus précise pour dépister le cancer colorectal et est recommandé tous les 10 ans à partir de 50 ans, chez les personnes à risque, telles que les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux (Smith et al., 2003 ; Anderson & May, 1995). Cependant, la coloscopie est souvent perçue comme une procédure anxiogène et douloureuse, ce qui peut conduire à un comportement d'évitement (Parker, 1992). La majorité des patients reçoivent un traitement sédatif intraveineux, composé d'un opiacé et d'un benzodiazépine. Malheureusement, ces sédatifs et ces analgésiques peuvent être associés à des complications cardiovasculaires, des dépressions respiratoires et de l'hypotension. Dans le pire des cas, ces complications peuvent entraîner la mort (Early, Saifudin, Johnson, King & Marshall, 1999). Les complications cardiovasculaires, associées à la sédation, représentent la source la plus fréquente de morbidité et de mortalité associée à la coloscopie. De plus, l'augmentation d'administration de sédatifs en cours de l'intervention peut, non seulement augmenter les risques d'effets secondaires, mais elle peut également prolonger le temps de récupération à la suite de l'examen. Ces complications ont comme conséquence pour certains patients, leur refus d'avoir recours à des traitements pharmacologiques et en dépit de ces derniers, il existe peu d'alternative. Il a été largement reconnu que l'élaboration et la proposition d'interventions permettant de diminuer l'anxiété et d'améliorer le confort du patient sont cruciales dans l'acceptation, la tolérance, la satisfaction et l'achèvement de la procédure médicale (Binek et al., 2003). L'utilisation d'une méthode non-pharmacologique, permettant de diminuer l'anxiété et la douleur associées à la coloscopie, offrirait peu d'effets secondaires et diminuerait le besoin en sédatif, ce qui</p>

	diminuerait le temps de récupération et augmenterait la satisfaction du patient. Bien que l'utilisation de l'hypnose lors d'une coloscopie n'a pas été suffisamment étudiée, il existe de nombreuses études qui affirment que l'hypnose est un outil efficace dans la gestion de la douleur lors de diverses interventions invasives tels que les biopsies du sein, lors des soins dentaires et chez les patients coronariens (Montgomery, 2002 ; Asthon et al., 1995 ; Enqvist, von Konow & Bystedt, 1995).
Population/Echantillon	<p>Les patients ont été recrutés à l'hôpital Scott and White.</p> <p>Critères d'inclusion : patient hospitalisé pour un dépistage du cancer colorectal à l'aide d'une coloscopie, ayant au moins 18 ans, ne présentant pas de diagnostic antérieur de cancer, n'ayant pas eu d'expérience antérieure d'une colonoscopie, acceptant de subir une colonoscopie avec l'hypnose comme moyen de sédation.</p> <p>Critères d'exclusion : tous diagnostics psychologiques ou caractéristiques pouvant compromettre leur participation selon le chercheur principal (ex : antécédent de psychose ou trouble borderline).</p> <p>Au total, 6 patients ont participé à l'étude de cas, 5 hommes et 1 femmes entre 53 et 68 ans (âge moyen = 58 ans). Tous étaient mariés et avaient eu une ou plusieurs années de formation au collège. Afin d'avoir des données comparatives, les chercheurs ont réalisé une analyse rétrospective de dix patients qui ont subi la même intervention que le « groupe hypnose » et durant la même période, à la seule différence qu'ils ont reçu la prise en charge habituelle. Le « groupe standard » était composé de 7 femmes et 3 hommes, dont l'âge variait entre 48 et 69 ans (âge moyen = 56,10 ans).</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : l'étude a été approuvée par le Scott and White Institutional Review Board et le consentement éclairé de chaque patient a été obtenu avant la participation à l'étude.</p> <p>Méthode de la récolte des données : les patients recevant l'intervention de l'hypnose ont été reçus, le jour même de l'examen, par un coordinateur de l'étude qui a récolté les données démographiques: l'âge, l'état matrimonial, l'ethnie. Ils ont ensuite rencontré un hypnothérapeute de recherche et ont participé à une démonstration de l'hypnose. L'hypnothérapeute leur a ensuite fourni un enregistrement audio (hypnotique de relaxation) que le patient a gardé tout au long de l'intervention. Différentes mesures ont été faites durant l'examen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure du niveau d'anxiété : évalué à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 = pas d'anxiété, à 10 = très anxieux. Les chercheurs ont posé la question suivante aux participants : « Quel est votre niveau d'anxiété en ce moment ? ». Le niveau d'anxiété a été évalué avant et après l'introduction à l'hypnose et à la fin de l'examen. • Mesure de l'intensité de la douleur : évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 = pas de douleur, à 10 = douleur intense. Les chercheurs ont posé la question suivante : « Quel est votre niveau de douleur en ce moment ? ». L'intensité de la douleur a été évaluée durant l'intervention (pas d'info si évaluée une fois ou à plusieurs moment d'intervalle). • Mesure de l'efficacité de l'hypnose sur l'anxiété et la douleur : évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique allant de 0 = gestion de la douleur et de l'anxiété inefficace, à 10 = gestion de la douleur et de l'anxiété totalement efficace. Cette mesure a été réalisée à la fin de l'intervention. • Mesure de la satisfaction globale des soins : évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique allant de 0 = totalement insatisfait, à 10 = entièrement satisfait. Les chercheurs ont posé la question suivante à la fin de l'intervention : « Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait des soins que vous avez reçus lors de la colonoscopie ? ». <p>Le dernier outil de mesure utilisé était The Stanford Hypnotic susceptibility scale, Form C (= SHSS :C) qui a permis d'évaluer l'hypnosabilité. Précision : cette dernière mesure a été réalisée par après. Les patients, à la fin de l'intervention, ont fixé une heure pour compléter cette échelle. Cette évaluation a duré environ 20 minutes et elle était basée sur les facteurs suivants : la suggestion de la détente physique et émotionnelle,</p>

	<p>l'état de relaxation et d'imagination, comment le patient pourrait utiliser l'hypnose par lui-même et le contrôle de la douleur et de l'anxiété. Tous les patients, y compris le groupe standard, ont reçu la même préparation pour la coloscopie et tous ont eu recours à la mise en place d'un accès veineux périphérique afin de permettre l'administration de sédatifs si nécessaire. De plus, afin de réduire la variation causée par l'influence de différents médecins, toutes les procédures ont été réalisées par le même médecin. Une infirmière, présente durant l'intervention, avait comme rôle de contrôler et de noter pour chaque cas les éventuelles complications telles que les événements vasovagales et les hypoxémies.</p> <p>L'analyse des données : les résultats ont été analysés cas par cas, puis comparés entre les participants, puis entre les groupes d'un point de vue plus général.</p>
Résultats	<p>Dans un premier temps, les auteurs ont décrit les résultats cas par cas, puis ils ont synthétisé les données : pour les 6 patients qui ont reçu l'intervention de l'hypnose, la durée moyenne de la procédure était de 12,6 minutes et la durée moyenne de récupération était de 10,8 minutes. Aucun patient n'a eu recours à un traitement sédatif que ce soit avant, pendant et après la procédure. Par rapport aux complications possibles, deux patients sur 6 ont eu un événement vasovagal, mais aucun d'entre eux n'a subi une hypoxémie. Tous les patients ont rapporté un niveau d'anxiété et de douleur minime, à l'exception du cas 4 qui a déclaré un niveau de douleur et d'anxiété modéré. Toutefois, ce patient a indiqué ne pas avoir utilisé l'enregistrement d'autohypnose au cours de la procédure. De ce fait, il a évalué son niveau d'anxiété durant la procédure à 8/10 et sa douleur à 8,3/10. D'un point de vue général, la satisfaction de la gestion de l'anxiété grâce à l'hypnose avait une moyenne de 7,4/10 et la gestion de la douleur 6,8/10. Pour terminer, la satisfaction globale des soins avait une moyenne de 9,1/10.</p> <p><u>Résultats du groupe standard :</u> les données des patients analysées rétrospectivement ont fourni les résultats suivants : la durée moyenne de l'intervention était de 13 minutes et la durée moyenne de récupération était de 49,78 minutes. Tous les patients ont reçu une traitement sédatif et 8 patients sur 10 ont rencontré au minimum une complication durant l'intervention.</p> <p><u>Comparaisons des résultats entre le groupe hypnose et le groupe standard :</u> la durée de la procédure était comparable dans les deux groupes. Au sujet du temps de récupération, le groupe hypnose semble avoir eu une durée nettement plus courte que le groupe standard. En effet, le temps de récupération le plus long chez le groupe hypnose était de 21 minutes alors que le temps de récupération le plus court chez le groupe standard était de 30 minutes. Pour finir, ces résultats comparatifs démontrent qu'il y a eu moins d'événements vasovagales au cours de la coloscopie pour le groupe hypnose (moyenne de 0,33) que pour le groupe standard, qui présentait une moyenne de 4,9.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Les résultats des études de cas ont révélé que l'utilisation de l'hypnose lors d'une coloscopie avait des effets positifs et que le traitement pharmacologique de sédation peut être minimisé ou même exclu pour certains patients. D'un point de vue général, de nombreux patients sont anxieux dans l'attente de subir une coloscopie. Cette anxiété peut rendre la procédure plus difficile et douloureuse en raison de l'augmentation du tonus musculaire. De plus cela peut augmenter le seuil de la douleur, ce qui peut, à son tour, entraîner une augmentation de l'utilisation de moyens pharmacologiques qui engendrent les risques d'effets secondaires (Drossman et al., 1996). Les résultats actuels indiquent qu'une démonstration brève de l'hypnose peut réduire de manière significative l'anxiété ressentie avant l'examen. Ces données sont cohérentes avec celles des autres études traitant de l'utilisation de l'hypnose lors de procédures invasives (Montgomery, David, Winkel, Silverstein & Bovbjerg, 2002). La réduction de ce niveau d'anxiété pré-examen pourrait avoir des avantages comme la diminution de l'utilisation de moyens pharmacologiques et la réduction du temps de procédure. Cependant, l'hypnose ne s'oppose pas complètement aux complications rares de la coloscopie. Dans l'ensemble, tous les patients ayant reçu le traitement de l'hypnose, dans le but de gérer leur anxiété et diminuer leur douleur, ont reporté un niveau de satisfaction élevé en lien avec la prise en charge. La note moyenne à l'égard de la satisfaction des soins était de 9,2 sur 10. Concernant le temps de récupération, la présente étude a permis de démontrer que l'utilisation de l'hypnose permet de diminuer</p>

	significativement le temps de récupération. Ces données sont compatibles avec la littérature, qui suggère l'utilisation de l'hypnose durant les actes médicaux (Lang et al., 2000). Ces résultats sur la diminution de l'anxiété, l'efficacité de l'hypnose sur le contrôle de la douleur et la diminution du temps de récupération sont des données encourageantes pour l'utilisation de l'hypnose au cours d'une coloscopie. Les auteurs suggèrent toutefois de développer davantage d'étude à ce sujet afin d'améliorer les connaissances.
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	Cette étude apporte à mon travail un nouvel élément dans les interventions à proposer pour la gestion de la douleur et de l'anxiété. De plus, cela concerne des adultes qui subissent une intervention douloureuse. Les résultats sont significatifs et ils permettent d'identifier les avantages de l'hypnose. Toutefois, l'étude ne présente pas de liens directs avec le rôle infirmier, mais approuve uniquement la méthode de l'hypnose en soi. Elle ne fournit pas suffisamment d'indications sur une éventuelle formation de l'hypnose. Néanmoins, cette forme d'utilisation met en avant la participation active du patient. Afin que l'hypnose soit bénéfique, il est essentiel que le patient participe à la démarche. Cette aspect de participation est une notion importante liée à ma question de recherches et à mon cadre conceptuel.

Etude 7

Auteurs : Puntillo, K.A. ; RN, DNSc – S. Jill Ley ; RN, MS.

Année 2004 Source American Journal of Critical Care – p. 292-301.

Titre Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal

Devis : Devis quantitatif, essai contrôlé randomisé, en double aveugle

Pertinence de l'étude : 11/12

Problématique et visée de l'étude	<p>L'objectif de l'étude est de tester des interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques qui permettraient de soulager la douleur lors du retrait du drain thoracique chez les patients hospitalisés en chirurgie cardiaque. Les auteurs ont posé deux questions de recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il une différence significative, dans le temps, au niveau de l'intensité de la douleur, la détresse de la douleur et le niveau de sédation entre les 4 groupes de traitement ? • Y a-t-il une différence au niveau de la « qualité/définition » de la douleur signalée après le retrait du drain thoracique entre les 4 groupes de traitement ? <p>Limites : Selon les auteurs, l'étude n'a été réalisée qu'au sein d'un établissement, donc difficile de généraliser les résultats. De plus, le fait de ne pas avoir eu un groupe contrôle (= sans antalgique) ne permet pas d'établir avec certitude que la diminution de la douleur est due aux traitements de morphine ou de Ketorolac. Mais les comparaisons réalisées avec d'autres études démontrent largement l'avantage de ces deux traitements médicamenteux.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>Les patients décrivent le retrait du drain thoracique comme étant une procédure douloureuse et que la douleur est souvent mal gérée (Houston & Jesurum, 1999 ; Puntillo, 1994).</p> <p><u>Intervention pharmacologique</u> : la morphine est l'opioïde le plus souvent utilisé lors du retrait du drain thoracique (Kinney, Kirchhoff & Puntillo, 1995 ; Puntillo, 1994). Il permet d'agir directement au niveau des récepteurs centraux et a un début d'action rapide (Pasternak, 1988). Le ketorolac est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Il a la particularité d'avoir des propriétés</p>

	<p>analgésiques encore plus prononcées que ses propriétés anti-inflammatoires en permettant l'inhibition de la synthèse des prostaglandines (Buckley & Brogden, 1990). De plus, contrairement aux opioïdes, il n'a pas d'effets sur le système nerveux central, ce qui évite les effets secondaires au niveau respiratoire et hémodynamique (Catapano, 1996).</p> <p><u>Interventions non-pharmacologiques</u> : non seulement l'ablation d'un drain thoracique est une intervention douloureuse, mais elle peut également avoir une composante émotionnelle (Wilkie, Savedra, Holzemer Tesler & Paul, 1990). Les effets de l'information avant une telle procédure permettent de réduire le niveau d'anxiété (Hartfield, Cason & Cason, 1982), d'atteindre un meilleur état hémodynamique ainsi qu'une meilleure récupération physique (Johnson, Christman & Stitt, 1985), une atténuation de l'angoisse de la douleur (Fuller et al., 1978) et l'intensité de la douleur (Johnson, 1973). L'information de type procédurale fournit une description de la procédure que le patient sera susceptible d'observer. L'information de type sensorielle est, quant à elle, basée sur les sensations que la personne pourrait ressentir au cours de la procédure (Suls & Wan, 1989). Fournir ce genre d'informations lors d'une procédure invasive peut aider le patient à visualiser le soin et à anticiper ses capacités d'adaptation (McHugh, Christman & Johnson, 1982).</p>
Population/Echantillon	<p>L'échantillon de l'étude était composé de 75 patients (n=75).</p> <p>Critères d'inclusion : âgé de plus de 18 ans, capables de parler anglais et de reporter de manière autonome leur niveau de douleur, pose d'un drain thoracique lors d'une chirurgie cardiaque, ayant un ordre médical ablation du drain.</p> <p>Critères d'exclusion : consommation chronique d'opioïdes, allergie à la morphine ou au AINS, antécédents de saignements gastriques, transplantation cardiaque, incapacité à parler et lire l'anglais.</p> <p>L'échantillon a été placé au hasard (enveloppe sous scellée contenant le médicament à administrer et le type d'informations à donner) dans l'un de ces 4 groupes de traitement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 = a reçu 4 mg de morphine I/V et l'information de type procédurale. • Groupe 2 = a reçu 30 mg de ketorolac I/V et l'information de type procédurale. • Groupe 3 = a reçu 4 mg de morphine I/V et l'information de type procédurale ainsi que l'information sensorielle. • Groupe 4 = a reçu 30 mg de ketorolac I/V et l'information de type procédurale ainsi que l'information sensorielle.
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : Avant de procéder à la récolte des données, l'étude a été approuvée par le centre médical du California Pacific et le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu avant la procédure.</p> <p>Méthode récolte des données : dans un premier temps, les chercheurs ont récolté les données démographiques de chaque participant : l'âge, le sexe, l'ethnie, son diagnostic, le type de chirurgie cardiaque, le type de drain thoracique (drain au niveau médiastin ou pleural) et le traitement post-opératoire administré. Les chercheurs ont défini 4 facteurs à mesurer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de l'intensité de la douleur : évaluée à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10. • Mesure de la détresse de la douleur : évaluée à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10. • Mesure de la qualité de la douleur (= définir la douleur) : évaluée à l'aide de la version abrégé de la <i>Liste de mot de McGill Pain Questionnaire</i> = <i>MPQ-SF</i> (Melzack, 1987). Cette liste est constituée de 11 mots qui définissent une

	<p>sensation et 4 mots qui définissent l'affectif. L'ampleur de chaque mot est évaluée sur une échelle de 4 points, puis les scores sont additionnés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du niveau de sédation : évalué à l'aide de <i>The observer's assessment of alertness/sedation scale</i> (Chernik et al., 1990). Cette échelle a 4 catégories : la réactivité, le discours, l'expression faciale et les yeux. Les scores se situent entre 1 et 20 et plus le score est bas, plus il indique un niveau de sédation élevé. <p>L'étude s'est déroulée en trois temps :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avant le retrait du drain : une fois l'ordre établi, la procédure a été planifiée. Une heure avant, la première injection i/v a été administrée. Puis, 30 minutes avant l'intervention, une seconde injection a été administrée et l'infirmière a transmis les informations, soit sensorielle, soit procédurale, soit les deux, au patient. 2. Durant le retrait du drain : le soin s'est déroulé de manière habituelle pour tous les patients. Directement après l'ablation, le patient a dû évaluer l'intensité et l'angoisse de la douleur ressenties et a dû répondre au MPQ-SF. 3. Après le retrait du drain : 20 minutes après la fin de l'intervention, les 4 données ont été réévaluées à l'aide des mêmes outils. <p>Analyse des données : les données de chaque patient ont été entrées dans le SPSS statistical software package. La répétition des mesures a été calculée à l'aide de RM-ANOVA.</p>
Résultats	<p>Caractéristiques de l'échantillon : au final, 74 patients ont participé à l'étude. Les drains thoraciques ont quasi tous été retirés dans les 26 heures qui ont suivi l'intervention chirurgicale. L'échantillon était principalement composé d'hommes blancs, ayant subi un pontage coronarien et la pose d'un drain thoracique au niveau du médiastin (54%).</p> <p>Intensité de la douleur, angoisse de la douleur et niveau de sédation : les résultats de la présente étude ont indiqué que les scores de l'intensité de la douleur ($p = .49$), l'angoisse de la douleur ($p = .07$) et le niveau de sédation ($p = .71$) ne présentaient aucune différence significative entre les 4 groupes de traitement. L'échantillon étant de petite taille, les auteurs ont décidé de rassembler les données étant donné qu'il y avait peu de différences entre les groupes. L'échantillon au complet a permis d'identifier les résultats suivant : l'intensité moyenne de la douleur était de 3,26 et l'angoisse moyenne de la douleur a été évaluée à 2,98. Le score moyen du niveau de sédation, 20 minutes après l'intervention, était de 19,04.</p> <p>Qualité/définition de la douleur : 44,8 % des participants ont qualifié la douleur avec le mot « épouvantable », 40,3% l'ont définie comme étant « forte » et « tendue » et 26,9% l'ont décrite comme étant « chaude-brûlante ». Aucune différence significative n'a été observée entre les 4 groupes de traitement concernant la qualité de la douleur.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Le niveau de douleur, décrit par l'échantillon de la présente étude, correspond à une douleur légère. Cette faible intensité indique que les patients ont mieux géré leur douleur que les autres participants d'études antérieures, qui indiquaient généralement un niveau de douleurs correspondant à une douleur modérée voire sévère (Jensen, Smith, Ehde & Robinsin, 2001 ; Serlin et al., 1995). Les résultats ont également démontré que les interventions pharmacologiques, telles que l'administration de morphine ou d'AINS, permettent de soulager davantage les douleurs du patient. L'hypothèse des auteurs, concernant le fait d'adapter le moment d'administration de l'antalgique avec le moment prévu de la procédure, permet d'utiliser au mieux l'effet maximal du</p>

	<p>médicament. En d'autres termes, l'idée est de planifier l'intervention au moment où l'antalgique est à son effet maximal dans l'organisme.</p> <p>Les interventions pharmacologiques : les résultats issus de la recherche ne permettent pas de préciser le quel des deux médicaments utilisés est le plus efficace. Les auteurs argumentent ce résultat comme étant une donnée qui permet de renforcer, pour les deux substances, leur propriété analgésique. Cette constatation est encourageante par exemple, la morphine pourra être utilisée chez les personnes allergiques au AINS et inversement, tout en pouvant assurer une gestion de la douleur dans les deux cas. Les auteurs tiennent à préciser que les résultats ont également permis de constater qu'avec 4 mg de morphine i/v, il n'y a avait aucun effet sédatif.</p> <p>Les interventions non-pharmacologiques : Les auteurs ont émis l'hypothèse que la préparation des patients, en leur fournissant de l'information, permettrait de réduire l'intensité et la détresse de la douleur lors du retrait d'un drain thoracique. Les résultats démontrent que l'intensité et l'anxiété de la douleur ne diffèrent par entre le groupe qui a reçu l'information sensorielle, ceux qui ont reçu l'information procédurale et le groupe qui a eu les deux types d'informations. Ainsi, les avantages de l'information sensorielle, mis en évidence dans d'autres recherches (Johnson, Christman & Stitt, 1985 ; Johnson & Rice, 1974), n'ont pas pu être reproduits dans cette étude.</p> <p>Concernant les mots choisis par les patients pour qualifier leur douleur, ces derniers variaient considérablement d'une recherche à l'autre. La raison de cette variation de sélection de mots peut être liée, selon les auteurs, à la variation du niveau d'anxiété qui peut influencer la perception. En effet, la présence de l'anxiété peut augmenter la crainte ressentie durant l'intervention. De plus, les auteurs précisent que l'anxiété, ressentie par les patients avant le début de la procédure, a pu influencer leur concentration sur l'information procédurale et sensorielle. En conclusion, les patients avaient une excellente maîtrise de leur douleur. Cette constatation permet de confirmer que l'utilisation d'un opioïde ou d'un AINS permet de réduire sensiblement le niveau de douleur ressentie au cours du retrait de drain thoracique, sans causer d'effets secondaires. De plus, le fait de lier l'effet maximal du médicament avec le moment de réalisation de la procédure est un moyen efficace pour gérer la douleur de procédure.</p> <p>Implication pour la pratique : selon les auteurs, les résultats de cette étude sont importants pour la pratique infirmière. En effet, le retrait de drain thoracique est une procédure fréquemment rencontrée par les infirmières. Lors de cette intervention, leur rôle est de promouvoir le confort du patient et la mise en œuvre d'interventions visant à soulager sa douleur. Ceci fait partie des responsabilités directes de l'infirmière.</p>
<p>Propre questionnement, lien avec la question de recherche</p>	<p>Cette étude traite des douleurs induites lors de soins douloureux et identifie des interventions. Ces interventions sont axées sur les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, plus précisément la transmission d'informations. Les résultats en lien avec l'apport d'informations rejoignent ceux de mes autres études. Par rapport aux interventions pharmacologiques, cette étude met en évidence une nouvelle donnée. Le fait de lier le moment de la procédure au pic d'action maximal du médicament. Bien entendu, l'administration de médicaments n'est pas une intervention autonome pour l'infirmière, mais elle fait partie des interventions qui permettent de diminuer significativement la douleur. Elles sont donc à prendre en compte dans les interventions.</p>

Etude 8

Auteurs : Obled, S. ; Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Nîmes – Melki, M. ; Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Nîmes – Coelh, J. ; Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Nîmes – Coudeyre, E. ; Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Nîmes – Arpurt, J.-P. ; Service d'Hépatogastroentérologie, CH Avignon – Poudroux, P. ; Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Nîmes

Année 2007 *Source* Gastroentérologie clinique et biologique – p.274-278.

Titre Patient information for liver biopsy: impact of a video movie

Devis : Devis quantitatif, essai contrôlé randomisé

Pertinence de l'étude : 8/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Certains auteurs ont proposé l'utilisation de film vidéo comme supplément d'informations dans le but d'améliorer la compréhension du patient et d'agir sur ce niveau de stress, encore mal traité. Les auteurs de cette étude ont constaté qu'il n'y avait pas eu d'études faites à ce sujet dans le domaine de la biopsie du foie et ont décidé de développer leur propre étude. La visée de l'étude était de mesurer l'impact qu'un film vidéo standard pourrait avoir sur le niveau d'anxiété, de compréhension et de satisfaction chez des patients subissant une biopsie du foie.</p> <p>Limite : le petit nombre de participants inclus dans l'étude a été mis en évidence par les auteurs comme la limite de leur étude. Néanmoins, l'échantillon utilisé a fourni des résultats significatifs.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>Le concept d'information est devenu un élément rendu obligatoire en France par l'article 35 du code des règlements de santé publique. De plus, il est reconnu que l'information transmise au patient est liée à une bonne satisfaction, à une meilleure prise de conscience des risques et permet une diminution de l'anxiété, ainsi qu'une diminution de consommation d'antalgiques (Coudeyre <i>et al.</i>, 2002). Il y a différentes formes d'informations, l'information orale et écrite. L'information orale est souvent mal comprise et retenue par le patient. Une des raisons pourrait être liée à un manque de temps de la part du médecin ou encore l'utilisation de termes jugés trop techniques (Ley, 1985). Au contraire, l'information sous forme écrite a été prouvée comme étant un moyen d'améliorer la compréhension et la satisfaction des patients (Humphris & Field, 2003). Néanmoins, son impact sur l'anxiété du patient est limité.</p>
Population/Echantillon	<p>Critères d'inclusion : patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés en ambulatoire pour une biopsie du foie réalisée sous anesthésie locale. Les patients devaient être hospitalisés soit à Nîmes, soit à l'hôpital d'Avignon.</p> <p>Critères d'exclusion : patients présentant des troubles cognitifs, des troubles au niveau de la communication, un handicap non compensé (vision, audition, déficit moteur), et une mauvaise compréhension de la langue française (écrite et orale).</p> <p>83 patients ont été inclus dans l'étude de novembre 2001 à octobre 2003. Après l'exclusion de 16 patients en raison de données incomplètes, 67 patients ont été retenus pour l'analyse.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : l'étude a été acceptée par les deux établissements de soins et l'anonymat des participants a été respectée. En effet, tous les questionnaires ont été retournés au secrétariat dans une enveloppe sous scellée.</p> <p>Formation des groupes : Deux groupes ont été définis de manière aléatoire. Un groupe composé de 34 personnes n'a reçu que les informations orales et écrites, tandis que le deuxième groupe, composé de 33 personnes a reçu, en plus des informations de base, une projection vidéo d'une biopsie du foie. Le film a été projeté après la séance d'information orale transmise par le médecin. Il durait 7 minutes et les informations étaient similaires à celles présentes dans la brochure écrite. Les deux groupes ont eu un période de trois jours entre le moment de la transmission d'informations et la biopsie du foie.</p> <p>Récolte de données : le niveau d'anxiété a été évalué avec le questionnaire Spielberger à la fin de la visite médicale (donc juste avant le film pour le groupe qui allait le recevoir), puis il a été réévalué une heure après la biopsie du foie. Le niveau de compréhension a, quand à lui, été</p>

	<p>évalué à l'aide d'une questionnaire composé de questions avec réponses vrai-faux. Et pour finir, la satisfaction a également été évaluée à l'aide d'un questionnaire. Ce dernier était composé de 3 items que le patient devait quantifier à l'aide d'une échelle allant de 1-4 (1 = pas du tout clair, et le 4 = très clair). Tous ces questionnaires ont été donnés en même temps au patient et il les a rempli de manière autonome.</p> <p>Méthode d'analyse : deux programmes ont été utilisés : The Wilcoxon Test or ANOVA et The Cronbak coefficient.</p>
Résultats	<p>Pour information, les deux groupes étaient comparables en matière d'âge, de niveau d'éducation et de la raison d'hospitalisation.</p> <p>Les résultats de la première évaluation du niveau d'anxiété, réalisée juste après la transmission d'informations orales et écrites, n'ont montré aucune différence entre les participants. Ces données ont permis d'avoir une valeur de référence pour la suite de l'étude. La deuxième évaluation du niveau d'anxiété a été réalisée une heure après la biopsie du foie. Les chercheurs ont pu constater qu'il n'y avait pas de différences significatives à ce niveau entre le groupe ayant reçu l'information standard et le groupe qui a visionné, en plus, le film d'informations. De plus, l'impact de la vidéo n'a pas été influencé par l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et l'expérience d'une biopsie. Toutefois, les chercheurs ont constaté que les femmes qui avaient reçu l'information vidéo ont leur niveau d'anxiété qui a augmenté lors de la deuxième évaluation, tandis que chez les hommes, leur niveau d'anxiété avait diminué ($p < .05$).</p> <p>Au sujet de la compréhension, l'évaluation a démontré une excellente compréhension pour les deux groupes. A nouveau les facteurs de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation n'ont pas modifié le niveau de compréhension.</p> <p>Pour finir, le niveau de satisfaction a été très bon de manière générale.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Les chercheurs ont fait le constat que l'information médicale transmise à l'aide d'un film vidéo, en plus des données orales et écrites, avant une biopsie du foie n'a pas eu d'effet significatif sur le niveau d'anxiété du patient, son niveau de compréhension et de satisfaction. Par rapport à cette information supplémentaire, les chercheurs émettent l'hypothèse, tout comme d'autres auteurs (Kerrigan et al., 1993), que la fourniture d'informations trop explicites pourraient, au contraire, augmenter le niveau d'anxiété des patients.</p> <p>Les raisons de ce manque d'impact du film vidéo peuvent être diverses : la première serait que les informations standard, soit orales, soit écrites, sont suffisantes pour le patient. Deuxièmement, le laps de temps entre la projection de la vidéo et le jour de l'examen pourrait avoir affaibli les bénéfices potentiels de l'information. La dernière explication donnée par les auteurs est celle de l'augmentation « naturelle » de l'anxiété que chaque personne ressent avant une procédure invasive. Les auteurs argumentent cette constatation à l'aide d'une autre étude (Grey, Price & Mathews, 2000). Cette dernière avait comme objectif de proposer une prise en charge de style comportementale avant un IRM. Juste avant l'examen, ces chercheurs ont évalué l'état d'anxiété et ce dernier était très élevé, malgré la prise en charge comportementale. La prise en charge n'avait pas eu un effet direct, toutefois l'évaluation réalisée à la suite de l'examen a révélé que la thérapie comportementale avait eu un avantage évident sur l'anxiété « post-examen ». Cette comparaison faite par les auteurs démontre la difficulté d'avoir un impact direct sur l'anxiété ressentie juste avant un examen invasif.</p> <p>Les chercheurs mettent en évidence un dernier facteur qui serait susceptible d'influencer le niveau d'anxiété. Ce facteur est l'anxiété liée au diagnostic qui va être rendu grâce à l'intervention et l'impact de ce dernier. Dans cette étude, le faible niveau d'anxiété peut s'expliquer par le fait que la majorité des patients connaissaient leur diagnostic.</p> <p>Pour conclure, au niveau de l'apport d'une information supplémentaire à l'aide d'un film, les auteurs proposent de l'utiliser d'une manière plus individuelle. Le patient l'aurait à disposition et pourrait le visionner le nombre de fois qu'il le désire et à un moment choisi. Cela constituerait une source d'information supplémentaire pour les patients qui le souhaitent.</p>
Propre questionnement, lien avec la question de	<p>Les résultats de cette étude sont comparables à ceux de mes autres recherches au sujet de l'apport d'informations. Les auteurs démontrent la difficulté d'avoir un impact direct sur l'anxiété ressentie juste avant la procédure. Cette étude ajoute également un nouvel élément aux facteurs</p>

recherche	influençant l'anxiété. C'est l'anxiété liée à l'impact du diagnostic. Ce nouvel élément peut être inclus dans mon travail, comme étant un nouveau facteur que l'infirmière doit être capable de prendre en compte lors de la gestion de l'anxiété durant un examen invasif.
-----------	---

Etude 9

Auteurs : **Hilzenrat, N.** ; MD - Departement of Medicine, Gastrointestinal Division – **Yesovitch, R.** ; Bsc MFS - Departement of Medicine, Gastrointestinal Division – **Shrier, I.** ; MD - Division of Epidemiology – **Stavakis, M.** ; BscN - Departement of Medicine, Gastrointestinal Division – **Deschênes, M.** ; MD - Departement of Medicine, Gastrointestinal Division.

Année 2006 *Source* Canadian journal of gastroenterology – p. 597-600.

Titre The effect of information level and coping style on pain and anxiety in needle liver biopsy.

Devis : Devis quantitatif, essai contrôlé randomisé

Pertinence de l'étude : 8/12

Problématique et visée de l'étude	La présente étude a été menée afin d'évaluer une méthode permettant de réduire l'anxiété et la douleur associées à une biopsie du foie. La biopsie du foie est une procédure invasive. Sur la base des données issues de la littérature, les auteurs émettent l'hypothèse que la fourniture d'informations serait une méthode bénéfique. En d'autres termes, l'hypothèse est que la transmission de l'information sur la procédure et l'information sensorielle permettraient de réduire le niveau d'anxiété du patient, contrairement à la transmission d'informations de base. L'objectif secondaire, recherché par les auteurs, est d'évaluer le style d'adaptation des patients en le comparant avec le niveau de douleur et d'anxiété. Le but étant de s'intéresser aux facteurs qui seraient susceptibles d'influencer le niveau de douleur et d'anxiété.
Idées et concepts centraux/théories	La biopsie du foie est une procédure importante dans le diagnostic et dans la gestion des troubles hépatobiliaires (Schiff & Schiff, 1993). Cette procédure est invasive et peut être douloureuse dans 30% des cas pour les patients (Grant & Neuberger, 1999). De plus, les personnes étant diagnostiquées hépatite B, C ou encore des sujets ayant eu une greffe du foie sont des patients qui doivent avoir recours à de nombreuses biopsies. Il est clair qu'il faut diminuer au maximum le niveau d'anxiété et de douleur associées à la répétition de ces procédures pour le bien-être du patient (Perrillo, 1997). Malheureusement, les données issues de la littérature, concernant l'anxiété et la douleur associées à cette procédure sont très limitées. Il a été montré que des niveaux d'anxiété élevés de stress préopératoire peuvent entraîner plusieurs effets désavantageux comme : la réduction de la tolérance du patient au cours de la procédure, l'augmentation des effets indésirables et une reprise relativement plus longue et difficile (Williams, Jones, Workhoven & Williams, 1975). Toutefois, il n'est pas possible d'utiliser des sédatifs durant cette intervention, car les effets qui s'y associent provoquent trop de complications pour ce genre d'intervention (Schiff & Schiff, 1993). Des techniques cognitives et comportementales ont été utilisées afin de réduire l'anxiété et la douleur du patient lors de diverses procédures médicales (Devin, 1992). L'action de fournir au patient des informations sur la procédure et de lui décrire les sensations qu'il sera susceptible de ressentir au cours de l'intervention (= information sensorielle), permet d'agir sur son anxiété et son niveau de douleur. Toutefois, ces données sont controversées au sein de la littérature. En effet, il semblerait que la transmission d'informations type sensorielles est efficace uniquement pour les personnes qui ont ce style d'adaptation. Les auteurs identifient deux styles d'adaptation : les personnes qui utilisent l'évitement de l'information et les personnes qui sont demandeuses d'informations (Morgan, Roufeil, Kaushik & Bassett, 1998). Au contraire, d'autres études affirment que la transmission d'informations type sensorielles fournit avant une procédure chirurgicale n'a aucun effet sur le niveau d'anxiété et de douleur (Miro & Raich, 1999).
Population/Echantillon	L'échantillon de l'étude était constitué de patients attendus à l'hôpital général juif de Montréal pour une biopsie du foie. L'échantillon était

	<p>composé de 75 sujets.</p> <p>Critères d'inclusion : plus de 18 ans, hospitalisé à l'hôpital général juif de Montréal pour une biopsie du foie.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : Tous les sujets ont été clairement renseignés au sujet du but de l'étude et ont signé un formulaire de consentement éclairé afin d'y participer. De plus, l'établissement de soins a accepté que la présente étude s'y déroule.</p> <p>Méthode de récolte des données : tous les participants ont répondu, dans un premier temps, à un court questionnaire qui concernait les données démographiques telles que : l'âge, le sexe, le lieu de naissance et le statut socio-économique. Par la suite, les participants ont été assignés au hasard à l'un des deux groupes. Le groupe contrôle a reçu uniquement les informations de base décrivant les étapes élémentaires de la biopsie = localisation de la zone pour la biopsie (à l'aide d'un ultrason), désinfection de la zone de peau, anesthésie locale par injection, coupe mineure de la peau et insertion de l'aiguille à biopsie. Le groupe expérimental a reçu, en plus des informations de base qui ont été fournies environ 3-4 semaines avant l'intervention (pour chaque groupe), une information étendue. Cette dernière a été fournie par une infirmière et elle a duré 20 à 30 minutes. L'infirmière a commencé par un bref examen de l'anatomie du foie, puis a décrit le type de douleur que le patient sera susceptible de ressentir durant l'intervention et sa localisation. Tous les participants ont été priés de ne prendre aucun anti-inflammatoire non stéroïdien et aucun anxiolytique 10 jours avant l'intervention. De plus, ils ont tous eu le même médecin pour effectuer la biopsie. Ce dernier a été « aveuglé » tout au long de l'étude, ne sachant pas dans quel groupe les patients avaient été assignés. Les outils d'évaluation ont été identiques pour tous les sujets. Les niveaux d'anxiété et de douleur ont été évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Le niveau de douleur a été évalué 30 min et 6h après l'intervention. Les modes d'adaptation ont été identifiés à l'aide du sondage d'opinion sur la santé de Krantz. C'est un court questionnaire qui permet de différencier les personnes qui recherchent l'information et celles qui l'évitent. Il est composé de 7 questions. Un score faible (de 0 à 3) indique que la personne évite l'information et un score élevé (de 4 à 7) indique qu'elle recherche l'information (Krantz, Baum & Wideman, 1980).</p> <p>Analyse des données : les variables continues ont été comparées entre les deux groupes à l'aide du test <i>t</i>. La seconde analyse, concernant les différents styles d'adaptation, a été comparée dans un premier temps entre les groupes puis de manière individuelle. Pour les statistiques, elles ont été calculées à l'aide du logiciel StatView (SAS Institute Inc, USA).</p>
Résultats	<p>Au départ, 88 sujets ont été abordés pour l'étude et 83 ont donné leur consentement éclairé par écrit. Au final, les données de 75 patients ont été retenues pour les analyses. Le groupe de contrôle (= informations de base) était constitué de 38 patients et le groupe expérimental de 37 patients. Il n'y a eu aucune différence significative entre les groupes au sujet des données démographiques. L'échantillon était composé de 73% d'hommes et 27% de femmes. L'âge moyen était de 42,2 ans pour le groupe expérimental et 43,6 ans pour le groupe contrôle.</p> <p>Les résultats ne donnent pas de différences significatives entre le groupe de contrôle et le groupe expérimental au niveau de la douleur : 30 min après l'intervention, le niveau de douleur moyen était de 3,3 pour le groupe contrôle et de 3,0 pour le groupe expérimental, et 6 heures après l'intervention, la douleur moyenne était de 1,3 pour le groupe contrôle et 1,2 pour le groupe expérimental. Il n'y avait également aucune différence entre les deux groupes en ce qui concernait la compréhension de la biopsie du foie, le niveau d'anxiété et la volonté du sujet à répéter l'intervention.</p> <p>Suite à l'analyse du questionnaire de Krantz, les chercheurs ont séparé, au sein des deux groupes initiaux, les personnes considérées comme demandeuses d'informations et celles qui évitent l'information. Les résultats des comparaisons entre le style d'adaptation et l'information reçue n'ont pas permis d'identifier des différences significatives au niveau de la compréhension de la procédure, le niveau de douleur et d'anxiété et la volonté de répéter la biopsie.</p>
Discussion et implication	<p>Les résultats de cette étude ont démontré que l'ajout d'informations telles que l'information au sujet de la procédure et l'information</p>

pour la pratique	<p>sensorielle, avant une biopsie du foie, ne permet pas de modifier le niveau de douleur et d'anxiété du patient ainsi que sa volonté à répéter cette procédure. De plus, le lien entre le style d'adaptation du patient et l'information reçue n'a pas permis d'identifier des différences significatives au niveau de la douleur, de l'anxiété et de sa volonté à répéter la procédure. Les hypothèses émises par les auteurs au début de l'étude n'ont donc pas pu être affirmées. De plus, les auteurs ont constaté que le fait de donner des informations plus précises était une intervention qui nécessitait un investissement de temps. De plus, l'infirmière, qui avait le rôle de fournisseur d'informations, devait être spécialisée dans les maladies du foie, des modalités de traitement qui s'y rattachent et spécialiste des procédures. Suite à ces résultats, les auteurs précisent que l'utilisation de l'information comme étant une méthode pour diminuer l'anxiété et la douleur du patient est une méthode controversée. L'étude de Van Vliet et al. (2004) a donné des résultats identiques à ceux de cette présente étude. Une autre étude, réalisée par Miro et Raich (1999), a quant à elle travaillé sur trois groupes. Le premier groupe recevait la prise en charge habituelle offerte avant les interventions chirurgicales, le deuxième groupe recevait une information adaptée à leur style d'adaptation et le 3^{ème} groupe avait reçu une formation à la méthode de relaxation. Les résultats n'ont démontré aucun avantage concernant les deux premiers groupes, mais les données du 3^{ème} groupe ont rapporté moins de douleur et une reprise de l'activité plus rapide après l'intervention grâce à la relaxation. Les auteurs constatent que leurs résultats sont cohérents avec les données citées ci-dessus.</p> <p>Les auteurs expliquent que l'échec de leur intervention peut être lié à divers facteurs : le fait que certains patients aient reçu un traitement antalgique directement à la suite de l'intervention et l'absence de temps entre la séance d'information de base et la biopsie. Ces facteurs ont peut être rendu l'intervention moins efficace.</p> <p>Les auteurs concluent leur recherche en précisant que les techniques de relaxation seraient des méthodes plus efficaces que l'information au niveau de la gestion de la douleur et de l'anxiété. Ils précisent que ces techniques de relaxation seraient des moyens rentables qui devraient être évalués dans de futures recherches.</p>
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	<p>Cette étude est liée à ma question de recherche : cela concerne des adultes qui subissent un procédure douloureuse qui leur induit de la douleur et de l'anxiété. De plus, le but de l'étude est de trouver des méthodes permettant de gérer cette anxiété et cette douleur. Dans cette étude, l'action de l'information n'est pas une méthode qualifiée comme étant efficace au niveau de la gestion de la douleur et de l'anxiété (lien avec mes autres études). La conclusion de l'étude, qui propose l'utilisation de techniques de relaxation comme étant des techniques rentables est directement liée aux résultats de mes autres études au sujet des interventions cognitivo-comportementales.</p> <p>L'aspect négatif de cette recherche se situe au niveau du lien avec le rôle infirmier. Etant donné que l'article est écrit par des médecins, il y a peu d'apports concrets pour la pratique, si ce n'est les deux cités ressortis ci-dessus.</p>

Étude 10

Auteurs : Ylinen, E.R. ; MNSc/RN – Vehvilainen-Julkunen, K. ; PhD/RN – Pietila, A.-M. ; PhD/RN.

Année 2007 *Source* Journal of Clinical Nursing – p.1125-33.

Titre Nurses' knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management

Devis : Devis quantitatif, sans précision concernant la méthode

Pertinence de l'étude : 10/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Cette étude visait à décrire les compétences et les connaissances des infirmières dans la gestion de la douleur durant une coloscopie avec comme objectif de fournir de nouvelles connaissances pouvant être utilisées pour améliorer l'évaluation et le traitement de cette douleur induite. Deux questions de recherche ont été élaborées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quel type de connaissances ont les infirmières sur les méthodes de gestion de la douleur au cours d'une coloscopie ? 2. Quel type de compétences sont utilisées par les infirmières lors de la gestion de la douleur durant une coloscopie ? <p>Limites : le fait que le questionnaire assure l'anonymat, certains participants ont peut-être décrit leur action de manière réaliste, mais ils ont également pu décrire les actions idéales plutôt que la réalité.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>Une coloscopie est considérée comme un examen intime, désagréable et même douloureux. L'infirmière a un rôle important dans la gestion de la douleur. Les infirmières utilisent, en plus des méthodes pharmacologiques, des méthodes non-pharmacologiques qui permettent de diminuer les composants émotionnels de la douleur, donnent au patient un sentiment de contrôle et soulagent leur douleur (McCaffery & Pasero, 1999). Le code déontologique attribue à l'infirmière le rôle de défenseur du patient (Ahern & McDonald, 2002).</p>
Population/Echantillon	<p>Critères d'inclusion : infirmières travaillant au sein d'une unité de gastroentérologie.</p> <p>Les questionnaires ont été envoyés dans tous les hôpitaux de Finlande, à l'exception des deux hôpitaux qui ont participé au test pilote, ce qui a donné un total de 147 questionnaires. Le taux de réponse a été de 79% ce qui représente un total de 116 participants (n = 116). Ce taux de réponse élevé signifie que l'échantillon peut être considéré comme représentatif.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : l'étude a été acceptée par le directeur des soins et le directeur médical dans chaque hôpital et les infirmières ont participé volontairement à l'étude après avoir reçu les informations précises concernant son but. En effet, le questionnaire était accompagné d'une lettre qui informait les participants au sujet de l'étude et qui indiquait que leur identité ne serait pas révélée.</p> <p>Cadre : L'enquête s'est déroulée entre mai 2002 et juin 2002 et les données ont été recueillies avec un questionnaire semi-structuré auquel les infirmières répondaient de manière autonome. L'essai pilote du questionnaire a permis d'approuver son contenu et sa construction.</p> <p>Récolte des données : Le questionnaire a été élaboré à partir de différents résultats d'études antérieures. Ce dernier était composé de 106 questions fermées et 5 questions ouvertes. Les questions mettaient l'accent sur les connaissances et les compétences des infirmières dans la gestion de la douleur lors d'une coloscopie.</p> <p>Analyse des données : les réponses aux questions fermées ont été analysées à l'aide de la méthode de statistique SPSS for Windows statistical package. Pour les questions ouvertes, les chercheurs ont utilisé les méthodes d'analyse de contenu qualitatif et quantitatif.</p>
Résultats	<p>Facteurs contextuels : la plupart des répondants était des femmes (92%) et l'âge moyen était de 44ans. De plus, les personnes interrogées avaient une moyenne de 10 ans d'expérience dans l'unité de gastroentérologie. Concernant la formation, 19% a précisé avoir reçu une formation de gestion de la douleur. La plupart des infirmières (74%) fréquente occasionnellement des formations infirmières, mais la participation à des colloques ou des conférences médicales est rare. La moitié des répondants ne lit jamais de publications au sujet des soins infirmiers et les 2/3 n'ont jamais fait de recherches sur internet au sujet des connaissances professionnelles. La philosophie des soins a été</p>

	<p>développée dans la moitié des unités de gastroentérologie (58%) et seulement quelques établissements (16%) avaient encouragé leur personnel à échanger leurs points de vue au sujet de l'éthique. Pour terminer, la plupart des hôpitaux (95%) n'utilisent pas d'échelles de la douleur.</p> <p>Connaissances de la gestion de la douleur au cours d'une coloscopie : La majorité (94%) a convenu qu'il était préférable, pour évaluer la douleur, de demander au patient d'exprimer son ressenti. De plus, quasi la totalité des répondants a exprimé le fait qu'il devrait y avoir un traitement antalgique pour chaque patient sans que ce dernier ne doive faire une demande. En lien avec les connaissances, presque tous les répondants (96%) ont convenu que les infirmières devraient mettre à jour régulièrement leurs connaissances sur la gestion de la douleur. L'effet positif de la présence de l'infirmière et la conversation avec le patient ont été mis en évidence. De plus, 71% des répondants ont précisé que la meilleure façon de lutter contre la douleur était l'enseignement et l'apport de conseils avant la procédure. Au sujet de la médication, 79% considèrent que la combinaison de sédatifs et d'un traitement antalgique sont le choix optimal pour la gestion de la douleur. Dans les questions ouvertes, la plupart des répondants ont expliqué qu'ils avaient fondé leurs connaissances en lien avec la gestion de la douleur grâce à leur propre expérience professionnelle au sein de l'unité et également à l'aide des conseils des collègues et de l'expérience des patients.</p> <p>Compétences infirmières dans la gestion de la douleur durant une coloscopie :</p> <p><u>Compétences sociales :</u> le fait de parler calmement et d'expliquer au patient les raisons de ses douleurs ont été utilisés par presque tous les membres du personnel infirmier. Par contre, seulement la moitié des répondants a précisé avoir essayé de distraire le patient de ses « pensées douloureuses ».</p> <p><u>Aptitudes cognitives :</u> la plupart expliquait au patient les symptômes, la cause de la douleur et comment il pourrait lui-même faire face à la douleur durant la procédure. Mais la technique d'utilisation de la musique n'a jamais été entreprise.</p> <p><u>Aptitudes psychomotrices :</u> 97% ont expliqué qu'elles étaient vigilantes, tout au long de l'examen, au fait de garder le patient dans une position détendue et qu'elles étaient prudentes face à la tension et au relâchement des muscles du patient durant l'intervention. Dans les questions ouvertes, voici les interventions face à la gestion de la douleur mises en évidence par les infirmières : maintenir une atmosphère détendue, agir avec empathie, établir une relation de confiance avec le patient et encourager à maintenir une interaction satisfaisante entre le patient - l'infirmière - le médecin. Elles ont également précisé les techniques enseignées au patient durant la coloscopie pour diminuer sa douleur : soutenir ou appuyer sur son abdomen, technique de relaxation respiratoire, massage, etc.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Au sujet de la connaissance : presque tous les répondants ont convenu que le patient est l'expert de sa propre douleur. De plus, une prise en charge a été qualifiée de « bonne » du moment où l'équipe soignante a été capable de gérer la douleur durant l'intervention. Cette étude a démontré que l'enseignement de nouvelles connaissances professionnelles à ce sujet est minime et les répondants considèrent que leurs connaissances sont principalement basées sur la pratique professionnelle. Ce résultat est similaire à ceux de Hovi et Laurie (1999).</p> <p>Au sujet des compétences : le résultat de cette étude a montré que la plupart des infirmières utilisaient des méthodes non-pharmacologiques telles que l'importance d'un environnement calme, le fait de parler avec le patient, changer de position, la relaxation respiratoire et la distraction. La description de ces méthodes est cohérente avec les études antérieures concernant les techniques non-pharmacologiques dans la gestion de la douleur. Toutefois ce savoir n'est pas issu de connaissances théoriques, mais il est plutôt acquis par l'expérience professionnelle. L'étude démontre également que l'utilisation d'échelles de la douleur est clairement insuffisante. 83% des répondants ont précisé ne pas avoir utilisé d'échelles pour évaluer la douleur, alors que ces moyens sont connus pour être des instruments importants dans la gestion de la douleur (Williamson, 2005). Afin d'évaluer la douleur, la plupart observait le comportement du patient et les signes extérieurs consécutifs à la douleur.</p> <p>Pour la pratique : les résultats de cette recherche pourraient être utilisés pour améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur durant une coloscopie. De plus, cela démontre que le personnel soignant devrait mieux prendre en compte l'aspect éthique de la profession et devrait être</p>

	plus motivé à améliorer leurs connaissances.
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	Cette étude apporte de nombreuses actions infirmières qui sont directement liées à ma question de recherche. Elle permet également de mieux cerner l'origine de ces actions. Il est intéressant de constater que le personnel soignant développe de nombreuses actions qui sont directement issues de la pratique et de leur expérience professionnelle. Ce mélange entre connaissances théoriques et connaissances pratiques est une donnée non négligeable dans la gestion des douleurs induites. La notion d'évaluation de la douleur est également intéressante dans cette étude. Le fait de ne pas utiliser d'échelles, mais d'évaluer la douleur uniquement par l'observation, remet en question le risque d'une évaluation subjective.

Etude 11

Auteurs : Vaartio, H. ; RN/MNSc – Leino-Kilpi, H. ; RN/PhD – Salanterä, S. ; RN/PhD – Suominen, T. ; RN/PhD

Année 2006 Source Scandinavian journal of caring sciences – p. 282-292.

Titre Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?

Devis : Devis qualitatif, pas de précision au sujet de la méthodologie

Pertinence de l'étude : 11/12

Problématique et visée de l'étude	<p>Le plaidoyer infirmier est un élément inhérent à l'éthique professionnelle des soins infirmiers. Il est défini comme un effort que doit fournir l'infirmière afin de promouvoir et sauvegarder les intérêts du patient, tout en s'assurant que ce dernier soit conscient de ses droits et qu'il ait accès à l'information nécessaire (McFerran, 1998). Ce n'est pas l'unique définition du concept du plaidoyer infirmier. Ces multiples interprétations rendent difficile la mise en place d'une conceptualisation cohérente (Vaario & Leino-Kilpi, 2005 ; Wheeler, 2000). En effet, avant de pouvoir déterminer le concept du plaidoyer infirmier et son contenu, il est nécessaire de définir son rôle, la façon dont il est mené et comment il est vécu. Cette étude a donc pour but de définir le plaidoyer infirmier du point de vue des patients et des infirmières dans le contexte de la gestion de la douleur induite. Les auteurs ont identifié trois questions de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que le plaidoyer infirmier ? • Comment le plaidoyer infirmier est-il appliqué (activités) ? • Comment le plaidoyer infirmier est-il vécu ? <p>Limites : la notion de plaidoyer n'a été traitée que dans un contexte, celui de la gestion de la douleur induite par une procédure.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>Les auteurs ont, dans un premier temps, identifié le concept de plaidoyer au sein des études empiriques: le plaidoyer a été défini comme une participation avec le client dans le but de déterminer le sens de la santé, de la maladie, de la souffrance et de la mort (Gadow, 1980) ; comme une sorte de soutien aux clients par rapport à leur prise de décisions (Kohnke, 1982) ; comme le fait de plaider la cause du client (Mitty, 1991) ; comme le fait de protéger le client contre les inquiétudes inutiles (Malin & Teasdale, 1991) ; et comme la divulgation d'informations (McDonald & Ahern, 2000). De plus, le plaidoyer a été décrit comme étant un indicateur de l'excellence de la pratique infirmière (Hewitt, 2002 ; Gadow, 1980). Les besoins et les souhaits du patient ont été identifiés comme étant les deux facteurs clé du plaidoyer infirmier (Schroeter, 2000). Il n'est cependant pas possible de s'appuyer que sur ces deux facteurs. Il est également nécessaire de prendre en considération les responsabilités professionnelles du point de vue de l'éthique (Livovich, 2001). Ce concept de plaidoyer n'est pas toujours évident à appliquer. La politique institutionnelle et son envie de promouvoir l'autonomie influencent l'utilisation du plaidoyer infirmier (Tilden, 2000). Toutefois, la littérature identifie des arguments contraires quant au concept du plaidoyer infirmier, en indiquant qu'il peut être</p>

	vécu comme un acte de paternalisme (Evans, 1999). Il y a néanmoins peu de données qui argumentent ce point de vue.
Population/Echantillon	<p>L'échantillon de la présente étude est composé de 22 patients (n = 22) et de 21 infirmières (n = 21). Les participants ont été recrutés au sein de quatre services de médecine et quatre services de chirurgie, issus d'un hôpital universitaire et d'un hôpital de district, installés en Finlande.</p> <p>Critères d'inclusion pour les patients : avoir eu une procédure douloureuse durant leur hospitalisation, être capable de participer à une interview, participer de manière volontaire. L'échantillon « patient » présentait beaucoup de variations au niveau des âges, du sexe, du niveau d'éducation, du diagnostic et de l'intervention.</p> <p>Critères d'inclusion pour les infirmières : travailler au sein d'un des services participant à l'étude. L'échantillon « infirmières » était hétérogène au niveau de l'âge, du sexe, des années d'expériences, de la formation et de la position dans l'établissement.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : Le recrutement s'est fait à l'aide d'une lettre d'information qui a été distribuée dans les services concernés. De plus, tous les participants ont donné leur consentement éclairé et l'approbation formelle pour effectuer la recherche a été obtenue, conformément aux directives nationales et locales.</p> <p>Méthode de la récolte des données : les données ont été récoltées par des interviews. La durée des interviews était de 30 à 70 minutes et elles ont été enregistrées, avec la permission des participants. Ces interviews étaient guidées par trois questions ouvertes : Comment définiriez-vous le plaidoyer infirmier ? ; Qu'est-ce qui se fait dans les situations de plaidoyer ? ; Quelles étaient vos expériences du plaidoyer infirmier ?</p> <p>Analyse des données : l'analyse du contenu visait à répondre aux questions de recherches et d'identifier d'autres facteurs importants présentant de l'intérêt pour le concept de plaidoyer. L'analyse s'est fait renouvelée à deux mois d'intervalle, à savoir que certaines entrevues ont été analysées par un autre chercheur. Les résultats ont ensuite été catégorisés.</p>
Résultats	<p>Les résultats ont été répertoriés selon les questions de recherches :</p> <p><u>Qu'est-ce que le plaidoyer infirmier :</u> les données ont permis de constituer 3 catégories qui permettent de définir le concept du plaidoyer infirmier. Ces catégories sont des soins d'exception, des soins individuels et des soins en continu (dans le temps).</p> <p><u>Comment le plaidoyer infirmier est-il appliqué :</u> les résultats ont également été catégorisés. Cinq activités permettent d'identifier l'application du plaidoyer infirmier :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser : c'est le fait de se renseigner sur les styles d'adaptation du patient face à une situation douloureuse, de mesurer le niveau de douleur et d'évaluer l'effet des antalgiques. 2. Conseiller : identifier comme étant le fait de fournir des informations au patient et également à son entourage. 3. Répondre : c'est lorsque les infirmières intègrent à leurs observations les expressions du patient en lien à la douleur qu'il ressent dans le but de lui fournir des méthodes/stratégies appropriées à sa situation. 4. Protéger : c'est l'observation du traitement de la douleur et l'identification des éventuels facteurs qui seraient susceptibles d'aggraver la situation. 5. Négocier : cela consiste à attirer l'attention sur les droits du patient et sur ses besoins afin d'adapter la prise en charge. <p>Les données ont fourni quelques différences entre ces activités selon l'unité de soin. Pour les patients hospitalisés en chirurgie, les activités étaient beaucoup plus détaillées. Ils ont principalement mis l'accent sur les activités de répondre à la douleur et de la gérer, ainsi que les activités de conseil en matière d'informations pour le patient. Concernant les patients hospitalisés en médecine, les principales activités identifiées étaient basées sur la satisfaction de leur besoin et l'observation des symptômes de la douleur (lié à l'action de répondre). L'échantillon des infirmières a mis en évidence des données similaires à celles des patients quant à l'application du plaidoyer dans les soins. Durant l'analyse des données, les chercheurs ont pu identifier des antécédents aux activités du plaidoyer infirmier :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le dialogue interpersonnel = le fait d'être à l'écoute du patient, de le laisser s'exprimer et de connaître ses expériences. Cela implique également la communication entre le patient et l'équipe infirmière ainsi que la collaboration entre le patient et l'équipe infirmière. • La compétence infirmière = cela implique une maturité professionnelle et personnelle. • La sensibilité contextuelle = l'infirmière considère la situation du patient comme une situation unique. De plus, les répondants ont fait référence à la relation d'aide, spécialement pour les patients vulnérables (âge, problème psy, démence, handicap, difficultés à comprendre et à s'exprimer, ...) • L'empowerment du patient = reconnaître le fait que le patient a un rôle dans la gestion de sa douleur. Les infirmières font plus précisément référence à la façon dont les patients sont conscients de leurs droits et la manière dont les infirmières prennent en compte les opinions du patient pour établir le plan de soin. • L'empowerment de l'infirmière = rôle de l'infirmière dans la gestion de la douleur et les compétences à liées à cette gestion. <p>Pour finir, les données ont également permis d'identifier les conséquences du plaidoyer infirmier que les chercheurs ont catégorisées. Ces conséquences sont l'empowerment du patient, le développement professionnel et le désaccord/divergence entre le médecin, le patient et l'infirmier.</p> <p><u>Comment le plaidoyer infirmier est-il expérimenté :</u> deux catégories en lien à l'expérience du plaidoyer infirmier ont été extraites des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les droits du patient = droit à l'autodétermination et au respect de ses souhaits et de ses droits. • Le devoir de l'infirmière = le plaidoyer est une des responsabilités et une des tâches de l'infirmière.
Discussion et implication pour la pratique	<p>La définition du plaidoyer infirmier, issue des données des participants, est constituée de trois éléments clés : un soin d'exception, un soin individuel et un soin continu (dans la durée). Ces résultats ont permis de répondre à la question de recherche basée sur la définition du plaidoyer, d'identifier des antécédents du plaidoyer comme le dialogue interpersonnel, les compétences de l'infirmière, la sensibilité du contexte ainsi que l'empowerment du patient et de l'infirmière. Les auteurs n'ont trouvé aucune preuve qui obligerait les infirmières à devoir suivre une formation pour appliquer le concept de plaidoyer. En effet, aucune infirmière n'avait reçu une formation, mais elles ont toutefois été capables de définir ce concept. Le plaidoyer infirmier nécessite une écoute et une observation du patient. Il est nécessaire de lui laisser l'opportunité de déterminer ses besoins et lui donner un consentement éclairé. De plus, les infirmières doivent avoir le soutien de leur équipe ainsi que des directives cliniques à appliquer (McDonald & Ahern, 2000 ; Tilden, 2000). Sans une analyse adéquate de la situation du patient, sans la prise en considération de ses souhaits et de ses besoins, le plaidoyer infirmier peut facilement être détourné et interprété comme un acte de paternalisme.</p> <p>Le plaidoyer infirmier a été vécu comme un devoir pour l'infirmière et un droit pour le patient, un droit universel qui est donné à tous les patients et pas seulement à ceux qui en font la demande ou lors de situations qui engendrent des dilemmes éthiques (Schroeter, 2000). Toutefois, selon les participants, il semblerait que la mise en place du plaidoyer est influencée par les personnalités de chacun. En effet, la personnalité de l'infirmière ou du patient peut parfois compliquer le développement d'une relation, mais les auteurs précisent que ces facteurs ne devraient avoir aucune incidence sur le plaidoyer infirmier. Certaines conséquences des activités du plaidoyer infirmier ont été mises en évidence : l'empowerment du patient, le développement professionnel et le désaccord/divergence. Le plaidoyer a été vécu par les patients et les infirmières, comme quelque chose qui a permis de renforcer l'auto-détermination et/ou qui a conduit à une satisfaction des soins. Les patients interrogés n'ont pas exprimé des sentiments d'impuissance et, contrairement aux études précédentes (Baldwin, 2003 ; McDonald & Ahern, 2000), les infirmières ont fait peu de références à des conséquences négatives liées au plaidoyer.</p> <p>Conclusion : selon cette étude, le concept du plaidoyer infirmier intègre la notion de responsabilité professionnelle et d'engagement actif, qui</p>

	implique un soutien continu des besoins et des souhaits du patient. Chaque situation est unique et chaque patient a ses propres expériences, besoins, et priorités en matière de soins. L'infirmière ne pouvant pas deviner ces éléments personnels, il est important qu'elle puisse coopérer avec le patient, afin que ce dernier puisse partager ses intérêts. Cela représente un défi éthique et un défi clinique pour le personnel infirmier, le risque étant de « tomber » dans une prise en soin paternaliste. Cette étude a donnée des résultats utiles pour la pratique infirmière. Toutefois, les auteurs proposent de développer d'autres recherches dans le but de clarifier et de valider le concept de plaidoyer au sein d'un autre contexte de soin.
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	Cette étude est liée à ma question de recherche. Elle définit un nouveau concept = le plaidoyer infirmier. Ce concept fait partie du rôle de l'infirmière. Premièrement, le plaidoyer infirmier est une sorte de partenariat infirmière-patient et deuxièmement, toutes les interventions comme le fait de laisser le choix au patient ou de le considérer comme un expert de sa situation sont des éléments qui sont issus du concept du plaidoyer infirmier.

Etude 12

Auteurs : Vaartio, H. ; MNSc – RN/PhD – Leino-Kilpi, H. ; PhD/RN – Suominen, T. ; PhD/RN – Puukka, P. ; MSocSc Senior Research Statistician National Public Health Institute.

Année 2008 Source Journal of advanced nursing - p. 504-13.

Titre The content of advocacy in procedural pain care - patients' and nurses' perspectives

Devis : étude transversale

Pertinence de l'étude : 10/12

Problématique et visée de l'étude	<p>L'objectif de cette étude a été d'explorer le contenu du concept du plaidoyer infirmier dans le contexte du traitement de la douleur causée par une procédure douloureuse (Advocacy in Procedural Pain Care = APPC) du point de vue du patient et de l'infirmière. Trois questions de recherche ont été élaborées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment les patients et les infirmières des unités d'ORL décrivent le contenu du concept du plaidoyer infirmier dans le traitement de la douleur causée par une procédure douloureuse ? • Quelles sont les variables reliées aux opinions concernant le contenu du concept du plaidoyer infirmier? • Les patients et les infirmières ont-ils des opinions divergentes sur le contenu du concept du plaidoyer infirmier?
Idées et concepts centraux/théories	<p>Le concept du plaidoyer infirmier a été introduit dans la littérature infirmière en 1970, au moment où le code éthique a été incorporé. Depuis 2003, ce concept a été rediscuté au sein de la littérature, mais la compréhension de la pratique de ce rôle demeure insaisissable. Afin d'explicitier ce concept et son idée, les auteurs l'ont défini en s'aidant de la littérature consacrée à ce sujet : l'Ecole de défense des droits de l'Homme (Curtin, 1979) souligne que les besoins d'un patient sont modifiés au cours de la maladie et qu'afin de répondre à ses besoins, il est nécessaire d'avoir un soutien actif de la part de l'infirmière. Cette notion de plaidoyer en faveur du patient est décrite comme un rôle de défenseur dans le soulagement de la douleur (Gaylor & Grace, 1995), comme le gardien des intérêts du patient pour son bien-être (Willard, 1996) et comme le représentant du patient (Watt, 1997) et défenseur de ses droits (McDonald & Ahern, 2000), tels que le droit d'être respecté ou encore le droit à l'auto-détermination = le droit de décider soi-même, pour soi-même. Dans les dictionnaires des soins infirmiers, cette notion de plaidoyer est représentée comme une partie intégrante du rôle infirmier, qui comprend la promotion et la sauvegarde du bien-être et des intérêts du patient en veillant à ce qu'il soit conscient de ses droits et qu'il ait accès à l'information nécessaire pour recevoir un consentement éclairé (Dictionnaire anglais Oxford, 2006). Peu d'études ont eu comme sujet de recherche le développement de ce rôle de</p>

	<p>plaidoyer infirmier. En lien avec la gestion de la douleur, il y a deux notions fondamentales. Il est primordial de prévenir et de soulager la douleur. Le traitement insuffisant de la douleur peut sérieusement compromettre l'autonomie du patient (McCobe, 1997). Les normes de la gestion de la douleur comprennent un plan thérapeutique, un soutien et une coordination des activités et des ressources nécessaires pour assurer une reconnaissance et un traitement correct de la douleur chez tous les patients (Haddad & Vernarec, 2001). Toutefois, ces normes ne suffisent pas à garantir que cette manière de faire est appliquée par tous les soignants. Les médecins et les infirmières sont d'accord pour dire que les infirmières pourraient davantage se responsabiliser dans la gestion de la douleur, mais qu'il est possible qu'elles n'aient pas assez de connaissances théoriques pour le faire. (Brockopp et al., 1998). Une autre difficulté, c'est que la relation patient-infirmière et patient-médecin implique des défis éthiques : étant donné que la douleur est une expérience subjective, il est nécessaire de respecter l'expérience du patient et d'en prendre connaissance. Les données indiquent que bien que le principe des droits du patient soit approuvé en théorie, il est rarement respecté dans la pratique. (Tilden, 2000).</p>
Population/Echantillon	<p>Les critères d'inclusion pour les patients : patients étant hospitalisés dans un service ORL (oto-rhino-laryngologie) et ayant éprouvé de la douleur au cours d'une procédure durant leur hospitalisation. Ils étaient disposés à participer de façon volontaire. Au final, l'échantillon en grappe était composé de 405 patients (n = 405), ce qui représentait le 10% de toutes les interventions ORL faites en Finlande.</p> <p>Les critères d'inclusion pour les infirmières : infirmières travaillant dans une unité d'ORL. L'échantillon était composé de 118 infirmières (n = 118).</p> <p>Ces 405 patients et ces 118 infirmières étaient issus de 11 hôpitaux différents, tous implantés en Finlande.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Normes éthiques : Avec le questionnaire se trouvait une lettre d'information au sujet du but de la recherche, ainsi qu'une enveloppe scellée qui pouvait être retournée aux chercheurs tout en garantissant l'anonymat du participant. De plus, l'étude a été approuvée par le comité d'éthique et les participants ont tous donné un consentement éclairé.</p> <p>Méthode de la récolte des données : les chercheuses ont développé un questionnaire qui a été distribué à tous les patients et aux infirmières répondants aux critères d'inclusion. Les données des patients ont été récoltées durant une période de 3 mois en 2007. Une fois ces dernières recueillies, les infirmières des unités ORL ont été recrutées et la récolte de données s'est faite au cours des 2 mois suivants. Les chercheurs ont également pris contact, avant de débiter la recherche, avec les services concernés afin de leur expliquer le but de leur travail.</p> <p>Analyse des données : le résultat des questionnaires a été analysé à l'aide des logiciels SPSS (12.0) (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) et SAS (9.1) (SAS Institute, Cary, NC, USA).</p> <p>Une fois les données des questionnaires recueillies, les chercheurs ont développé un instrument de mesure. Ce dernier a été construit avec les données issues des questionnaires et celles issues de la littérature actuelle au sujet du concept du plaidoyer infirmier. A la suite de ces deux phases, ils ont identifié : les antécédents, les activités et les conséquences du plaidoyer en faveur du patient. Ces trois dimensions ont permis de développer un instrument de mesure. Elles ont été notées de 1 à 5 en sachant que 1 = un désaccord complet et que 5 = l'accord entier. Pour terminer, le contenu de l'instrument a été validé. Au final, il a été constitué de 4 parties : les activités, l'entretien du concept, les antécédents et les conséquences.</p>
Résultats	<p>Caractéristiques des patients : (n = 405) dans cet échantillon, les hommes et les femmes étaient bien représentés. Il y avait une grande variation en termes d'âge, d'éducation, de professions et des raisons d'hospitalisation. La grande majorité des patients (88%) n'avait pas été hospitalisée durant les 12 derniers mois. Les résultats ressortis au sujet des douleurs ressenties lors de la procédure ont été les suivants : après l'intervention, 56% (227 patients) ont connu une douleur modérée à sévère (entre 4-10 sur une échelle allant de 0-10). Les patients du groupe d'âge 18 à 25 ans ont perçu plus de douleur que les autres groupes d'âges avant, pendant et après l'intervention. Par rapport au sexe, 25% des</p>

	<p>femmes ont classé leur douleur dans une échelle de 8-10. Cette même proportion ne correspondait qu'à 14% des hommes ($p = .01$). Pour terminer, d'un point de vue plus général, les trois-quarts des patients (78%) avaient une connaissance très pauvre concernant les droits du patient.</p> <p>Caractéristiques des infirmières : ($n = 118$) l'échantillon d'infirmières avait un large éventail de groupe d'âge, de type de formations et d'années d'expérience de travail. Les résultats ont mis en évidence plusieurs corrélations avec ces différents facteurs : les jeunes infirmières semblaient qualifier leur expérience de la douleur de manière plus sévère que les infirmières plus âgées. Les résultats ont démontré une corrélation ($r = .232$ et $p < .001$) entre une longue expérience professionnelle et une meilleure compétence dans la perception de la douleur ($r = .274$ et $p = .03$) et une plus grande influence dans la planification du traitement de la douleur ($r = .238$ et $p < .001$). Plus précisément, en lien avec cette planification du traitement de la douleur, au total 96% des infirmières, en particulier celles qui avaient une longue expérience professionnelle (> 15ans), ont décrété qu'elles étaient en mesure de pouvoir influencer cette planification. Les connaissances au sujet des droits des patients et des fonctions éthiques de l'infirmière n'étaient pas très élevées dans l'échantillon. Néanmoins, 77% des jeunes infirmières considéraient leurs connaissances sur les droits du patient comme assez, voire très bonnes, tandis que les infirmières plus âgées n'étaient que 42% à la penser ainsi.</p> <p>Résultats du contenu du rôle du plaidoyer infirmier: les patients considèrent que le rôle de l'infirmière, concernant le plaidoyer, se compose de sous-dimensions. La dimension la moins importante pour les patients est l'analyse faite par l'infirmière au sujet des préférences de leur auto-détermination (moyenne 3.50). Pour eux, le fait que l'infirmière tienne compte que le patient peut lui-même faire des choix ne fait pas partie des dimensions les plus importantes pour assumer le plaidoyer infirmier. Par contre, les répondants considèrent que la dimension la plus importante est la reconnaissance de la relation soignant-soigné (moyenne 4.71). Les autres dimensions décrites étaient les suivantes : la reconnaissance du rôle du patient dans le traitement de sa douleur, l'autonomie du patient et le conseil au patient à propos de la douleur. En résumé, l'ensemble de ces dimensions représente, pour le patient, le contenu du rôle de défenseur. Du point de vue des infirmières, les résultats ont mis en évidence les mêmes dimensions ressorties par les patients. Elles ont toutefois « classé » ces dimensions d'une manière différente. La plus importante était la reconnaissance du rôle professionnel dans le traitement de la douleur (moyenne 4.65) et la notion de répondre aux préférences du patient dans le traitement de la douleur (moyenne 4.65). Les résultats démontrent donc que la dimension de la relation soignant-soigné est moins importante pour le personnel soignant (moyenne 4.36). D'autres facteurs ont également été mis en évidence comme la motivation au travail. Cette dernière est liée avec les dimensions de conseiller le patient et de répondre à ses préférences. En résumé, les résultats des patients et des infirmières ne diffèrent que très légèrement dans la compréhension du contenu du plaidoyer.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Les patients ont accordé beaucoup d'importance à la relation soignant-soigné. Pour eux, c'est ce facteur qui leur permet d'utiliser au mieux leurs droits en tant que patients. En d'autres termes, la reconnaissance de leurs droits est liée à la relation qu'ils entretiennent avec le personnel soignant. La littérature met également en évidence l'importance de la qualité de la relation (Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen & Salanterä, 2006 ; Curtin, 1979). Cependant les résultats de l'étude démontrent que les infirmières n'ont pas accordé autant d'importance à cette dimension, mais elles l'ont toutefois intégrée à leur rôle de défenseur du patient. En résumé, <u>la dimension de la relation soignant-soigné est l'antichambre du concept du plaidoyer infirmier lors du traitement de la douleur causée par une procédure douloureuse (=APPC)</u>. Ce point de départ semble également être lié à la connaissance théorique des infirmières sur les droits du patient et sur leur devoir en tant que soignant. Les chercheurs mettent également en évidence le fait que le rôle de l'infirmière en tant que défenseur est influencé par leur maturité clinique, c'est-à-dire leur expérience professionnelle et leur motivation au travail. Plus l'infirmière a un niveau de motivation élevé, plus elle aura d'influence dans la prise en charge de la douleur et plus elle fera l'effort de transmettre à l'équipe les besoins mis en évidence par le patient.</p>

	<p>Pour la pratique : le concept de plaider en faveur du patient pourrait être appliqué dans une sorte d'assurance de la qualité du soin. Les chercheurs concluent la recherche en constatant que les droits du patient ainsi que le rôle de l'infirmière auprès du patient dans le traitement de la douleur suite à une procédure devraient être inclus dans l'enseignement des soins infirmiers, au sein de la pratique et également dans d'autres recherches.</p> <p>Il est essentiel, en tant que soignant, d'analyser quelles conséquences notre discours a pour le patient et quelles hypothèses se cachent derrière ce discours. Si le personnel soignant se considère supérieur par rapport au patient, cela signifie qu'il y a un abus de pouvoir. Et si les patients ne connaissent pas les buts et les objectifs de soins, ils ne pourront pas être actifs dans leur prise en charge. Pour terminer, les chercheurs proposent une évaluation des compétences de l'infirmière au niveau de la gestion de la douleur et une évaluation basée sur le plaider infirmier, en début de carrière et après quelques années d'expérience (après 11-15ans de travail). Les résultats de l'étude pourraient se révéler utiles dans l'enseignement de base de la profession d'infirmière et dans les formations continues.</p>
Propre questionnaire, lien avec la question de recherche	<p>Cette étude permet de mettre en évidence l'importance de la relation entre le patient et l'infirmière. Elle décrit cette relation comme étant la garantie du plaider infirmier. En lien avec ma question de recherche, cette étude renforce mon concept du partenariat et donne des pistes afin d'établir des interventions adaptées au patient, comme le fait d'établir une relation de confiance, d'avoir connaissance des droits du patient, de conseiller le patient et de répondre à ses demandes lors du traitement de la douleur induite par une procédure.</p>

Annexe 4 : Synthèse des douze études scientifiques

Etude 1	<p>Coutaux, A. et al. (2008). Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study. <i>European Journal of Pain</i>, 12, 3-8.</p> <p>Cursus des auteurs : docteurs en médecine</p> <p>Devis quantitatif: étude transversale</p>
Procédures douloureuses	<p>Pas de procédure spécifique étant donné que les auteurs ont demandé aux patients d'identifier les procédures douloureuses qu'ils avaient ressenties durant leur hospitalisation. Procédures identifiées (de la plus douloureuse à la moins douloureuse) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les ponctions vasculaires - Les mobilisations - Autres procédures invasives - Les ponctions non vasculaires - Les traitements - Les examens cliniques - L'imagerie et autres examens permettant d'établir un diagnostic
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	<p>Anticiper la prise en charge des douleurs induites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un protocole antalgique que les infirmières pourraient utiliser sans avoir recours à un ordre écrit du médecin. - Utilisation d'un anesthésiant topique - Améliorer la communication entre tous les intervenants qui gravitent autour du patient - Personnel bien formé pour exécuter les gestes techniques - Utilisation de moyens non-pharmacologiques <p>Selon les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ces interventions engendrent beaucoup de temps et exigent une coopération efficace entre tous les soignants <p>Envisager davantage d'études ayant comme objectif d'identifier des interventions pour réduire la douleur et identifier une population à risque.</p>
Lien avec les autres études scientifiques	<p>Cette étude a été analysée en premier. Elle permet d'identifier le contexte des douleurs induites, en présentant des procédures définies comme douloureuses par les patients. Elle offre des données intéressantes au niveau de la fréquence des procédures. Les résultats de l'étude (procédure la plus douloureuse et la plus fréquente), sont en lien avec les autres études et également avec la littérature développée à ce sujet. Les interventions proposées dans cette étude ne sont pas suffisamment détaillées, mais on constate que tout ce qui a été proposé va être repris dans les diverses études qui vont permettre de construire cette revue de littérature. En d'autres termes, elle est consolidée par les données des autres études et ces résultats consolident le choix des autres études.</p>
Etude 2	<p>Valdovinos, N.C., Reddin, C., Bernard, C., Shafer, B. & Tanabe, P. (2009). The use of topical anesthesia during intravenous catheter insertion in adults : a comparison of pain scores using LMX-4 versus placebo. <i>Journal of emergency nursing</i>, 35, 299-304.</p> <p>Cursus des auteurs : RN, MSN, MBA, BS, PhD</p> <p>Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé, en double aveugle</p>
Procédures douloureuses	<p>Insertion d'un cathéter IV</p>
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	<p>Utilisation de moyens pharmacologiques = crème anesthésiante. Afin d'améliorer son utilisation au sein des services, les auteurs proposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que la crème anesthésiante soit facilement à disposition des infirmières ; - établir un ordre permanent ; - un soutien de la part de l'institution afin de favoriser l'utilisation de ce genre de matériel. <p>Selon les auteurs, les données de cette étude sont les premières à démontrer une diminution significative de la douleur grâce à l'utilisation d'anesthésiant topique</p>

	<p>dans une population adulte. Ils ont pu constater qu'il y a un vide entre la perception des patients et celle des cliniciens quant à l'utilisation d'anesthésiant topique.</p>
Lien avec les autres études scientifiques	<p>Lien avec l'étude 1, qui met en évidence l'utilisation d'anesthésiant topique et qui propose également la mise en place d'un ordre permanent. La notion de répétition du geste a également été mise en évidence dans cette étude, tout comme dans l'étude 1. Cette étude identifie une notion qui n'est ressortie que dans cet article, c'est le facteur du lieu de travail. En effet, il est indispensable que les interventions mises en place afin de gérer la douleur induite soient soutenues par l'institution.</p>
Etude 3	<p>Krakowski, I. et al. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2 premix, and effective and well tolerated method. <i>Douleur et analgésie</i>, 23, 113-120.</p> <p>Cursus des auteurs : docteur en médecine, anesthésiste et responsable de département des soins palliatifs.</p> <p>Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé, multicentrique en double insu</p>
Procédures douloureuses	<p>Procédures principalement rencontrées dans le contexte oncologique : les ponctions (lombaires, hépatiques, etc.), les biopsies, l'ablation de drains, la pose de perfusions, les toilettes douloureuses, les soins d'escarre, la mobilisation, etc. Toutefois, dans l'étude, la majorité des procédures étaient des ablations de drains.</p>
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	<p>L'intervention évaluée dans cette étude a été l'utilisation du MEOPA (Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) en comparaison à un mélange placebo. Les résultats ont permis d'identifier significativement l'efficacité du MEOPA, autant du point de vue du patient que du point de vue de l'équipe médicale. Les auteurs proposent des stratégies afin de l'appliquer au mieux au sein de la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les auteurs rappellent la nécessité de suivre une formation pour pouvoir administrer le MEOPA. Toutefois, ils définissent cette formation comme étant simple. - Ils proposent la mise en place d'un ordre permanent, ce qui permettrait au soignant d'avoir recours au MEOPA sans prescription médicale. <p>Les auteurs identifient également les éventuels risques qu'engendre l'utilisation du MEOPA, mais décrivent des mesures préventives efficaces.</p>
Lien avec les autres études scientifiques	<p>Cette étude est directement liée à l'étude 2 étant donné qu'elle est basée uniquement sur des interventions pharmacologiques. A nouveau, les auteurs proposent la mise en place d'un ordre permanent. Cet ordre permanent permettrait à l'infirmière d'être plus autonome dans la gestion de la douleur et intervenir plus rapidement. Cette notion d'ordre permanent est citée dans les études 1 et 2.</p>
Etude 4	<p>Jacobson, A.F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for IV insertion pain. <i>AORN Journal</i>, 84, 1031-1048.</p> <p>Cursus de l'auteur : RN et PhD.</p> <p>Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé</p>
Procédures douloureuses	<p>Insertion d'un cathéter IV</p>
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	<p>Cette étude était basée sur l'utilisation d'interventions cognitivo-comportementales lors de l'insertion d'un cathéter IV: l'utilisation de la musique, l'utilisation du kaléidoscope et l'imagerie guidée. Ces interventions n'ont pas montré de résultats significatifs quant à la gestion de la douleur. Toutefois, ces trois interventions ont été très appréciées par la population cible, en particulier par les femmes. Ces interventions ont donc un effet sur l'aspect émotionnel de la douleur et moins sur l'aspect sensoriel.</p> <p>Les résultats ont permis d'identifier deux aspects où l'infirmière peut intervenir afin de diminuer la douleur induite. C'est dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le choix du matériel - Le choix du site d'insertion <p>Ces deux interventions sont issues des constats des auteurs, en plus des questions de recherches qu'ils avaient posées.</p>

Lien avec les autres études scientifiques	L'information concernant les femmes et leur préférence pour l'utilisation de moyens non-pharmacologiques est une donnée qui est également ressortie dans l'étude 5. Cet article introduit les interventions cognitivo-comportementales et l'étude 5 les reprend en axant principalement sur l'utilisation de la musique et de la distraction. Données uniques à cette recherche : le choix du matériel et du site d'insertion. Ce sont deux interventions où l'infirmière est autonome (pas nécessaire d'avoir recours à un ordre médical).
Etude 5	Kwekkeboom, K.L. (2003). Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. <i>Oncology nursing forum</i> , 30, 433-440. Cursus de l'auteur : PhD et RN. Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé
Procédures douloureuses	Biopsie, pose d'un cathéter central et ablation d'un cathéter veineux central = représentent les procédures douloureuses fréquemment subies lors d'un cancer
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	L'auteur a voulu identifier les bénéfices de l'utilisation de la musique par rapport à la distraction, lors d'une intervention douloureuse. Ces deux interventions n'ont pas amené de résultats significatifs par rapport à la gestion de la douleur, de l'anxiété et la sensation du contrôle perçu de la douleur et de l'anxiété. L'étude permet malgré tout d'identifier des interventions afin d'utiliser au mieux ces techniques cognitivo-comportementales : <ul style="list-style-type: none"> - Voir avec le patient si ce dernier est intéressé à recevoir ce genre d'intervention ; - Prendre le temps d'identifier avec le patient ses stratégies utilisées dans le passé afin de gérer la douleur et l'anxiété. En d'autres termes, il est important de prendre en compte les différents styles d'adaptation de chacun ; - Lui proposer divers types de stratégies, lui offrir une palette.
Lien avec les autres études scientifiques	Lien avec l'étude 4 : information sur une caractéristique de la population qui apprécie ce genre d'intervention (plutôt les femmes). La notion d'individualisation des interventions est également identifiée dans l'étude 8. Il apparaît pour la première fois dans cet article cette notion de stratégies d'adaptation composées de différents styles et également l'importance de prendre en considération les remarques du patient. Ces notions sont à intégrer dans la prise en charge.
Etude 6	Elkins, G. et al. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening : Case studies and possible benefits. <i>Journal of clinical and experimental hypnosis</i> , 54, 416-431. Cursus des auteurs : PhD, département psychologie et neuroscience (auteur principal) Devis quantitatif : rapport de cas
Procédures douloureuses	Lors de l'examen endoscopique du côlon = colonoscopie
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	Les auteurs de cette étude se sont penchés sur une autre intervention cognitivo-comportementale : l'hypnose. Intervention : <ul style="list-style-type: none"> - L'autohypnose à l'aide d'un enregistrement audio que le patient écoute tout au long de l'intervention. Cet enregistrement permet à la personne de se relaxer. L'autohypnose permet de diminuer de manière significative l'anxiété du patient, son intensité de douleur et son temps de récupération suite à la procédure.
Lien avec les autres études scientifiques	Cette étude fournit pour la première fois une intervention efficace pour gérer la douleur et l'anxiété du patient induites par des soins douloureux.
Etude 7	Puntillo, K. & Ley, S.J. (2004). Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. <i>American Journal of Critical Care</i> , 13, 292-301. Cursus des auteurs : RN et DNSc ; RN et MS.

	Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé en double aveugle
Procédures douloureuses	Ablation de drains thoraciques
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	<p>Cette étude offre deux formes d'interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions pharmacologiques : injection i/v de morphine et de ketorolac. Effets bénéfiques au niveau de la gestion de la douleur. Notion supplémentaire : les auteurs conseillent de coordonner au mieux l'administration d'un antalgique et le moment de l'intervention afin que la procédure se déroule durant l'effet maximal du médicament au niveau de l'organisme. - Transmission d'informations : les auteurs ont fait la distinction entre les différents types d'informations = sensorielle et procédurale. Les résultats n'ont pas identifié les avantages de l'information sur la douleur du patient.
Lien avec les autres études scientifiques	<p>Lien avec l'étude 2 = ces résultats renforcent les avantages de l'utilisation de moyens pharmacologiques pour gérer la douleur induite.</p> <p>La notion de planifier le soin est également présentée dans l'étude 1. Les résultats concernant l'apport d'informations se rapportent à ceux de l'étude 8.</p>
Etude 8	<p>Obled, S. et al. (2007). Patient information for liver biopsy : impact of a video movie. <i>Gastroentérologie clinique et biologique</i>, 31, 274-278.</p> <p>Cursus des auteurs : docteurs en médecine</p> <p>Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé</p>
Procédures douloureuses	Biopsie du foie
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	<p>Cette étude s'est intéressée à la notion d'informations pouvant être utilisées comme un moyen pour diminuer la douleur et l'anxiété du patient. Les auteurs ont identifié trois formes d'informations : l'information écrite, l'information orale et l'information visuelle à l'aide d'une vidéo. L'hypothèse des auteurs était que l'ajout d'une information de type visuelle permettrait de diminuer l'anxiété, par la satisfaction et la compréhension du patient. Les résultats n'ont pas permis d'identifier de différences significatives entre les différentes formes d'informations.</p> <p>Toutefois, les auteurs identifient d'autres interventions liées à la transmission d'informations qui pourraient avoir un impact sur l'anxiété :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individualiser les types d'informations (fournir ce qui convient le mieux au patient) ; - Tenir compte du contexte du patient = même si le patient a eu toute l'information nécessaire, l'anxiété est peut être liée à un autre facteur comme l'anxiété du diagnostic.
Lien avec les autres études scientifiques	<p>Les résultats sont cohérents avec ceux de l'étude 7, qui avait également mis en évidence le fait que l'information ne permet pas de diminuer de manière significative la douleur et l'anxiété du patient. Le fait de tenir compte du contexte du patient est une donnée importante qui se retrouve au sein des études 11 et 12.</p>
Etude 9	<p>Hilzenrat, N., Yesovitch, R., Shrier, I., Stavrakis, M. & Deschênes, M. (2006). The effect of information level and coping style on pain and anxiety in needle liver biopsy. <i>Canadian journal of gastroenterology</i>, 9, 597-600.</p> <p>Cursus des auteurs : docteur en médecin et une auteur BscN</p> <p>Devis quantitatif : essai contrôlé randomisé</p>
Procédures douloureuses	Biopsie du foie

Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	Le type d'intervention était à nouveau basé sur l'information soit procédurale, soit sensorielle. Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes au niveau de la douleur et de l'anxiété. L'auteur propose des techniques de relaxation qui, selon une étude, seraient plus efficaces que la seule utilisation de l'information.
Lien avec les autres études scientifiques	Les études 7-8-9 sont cohérentes au niveau de leur résultat concernant l'information. Il semblerait que l'information, quelque soit son type (orale-écrite-visuelle) et genre (sensorielle-procédurale), ne permette pas de gérer l'anxiété et la douleur. La proposition des auteurs d'utiliser la relaxation serait en effet plus efficace si l'on se base sur les résultats de l'étude 6.
Etude 10	Ylinen, E.R., Vehvilainen-Julkunen, K. & Pietila, A.M. (2007). Nurses knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management. <i>Journal of clinical nursing</i> , 16, 1125-1133. Cursus des auteurs : MNSc, RN et PhD, RN. Devis quantitatif (pas plus de précisions)
Procédures douloureuses	Lors de l'examen endoscopique du côlon = colonoscopie
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs	Interventions non-pharmacologiques identifiées par les infirmières interrogées : <ul style="list-style-type: none"> - Parler doucement et favoriser un environnement calme - Relaxation par la respiration - Distraction - Transmettre des informations sensorielles et procédurales - Faire preuve d'empathie - Etablir une relation de confiance - Prendre en considération les remarques du patient, car elles le considèrent comme étant l'expert de sa propre situation A savoir que toutes ces interventions sont issues de leur pratique et non issues de formations spécifiques.
Lien avec les autres études scientifiques	Ces interventions lient quasi toutes les autres études. L'étude amène toutefois des contradictions, principalement au niveau de l'information, si l'on se réfère aux résultats des précédentes études. La notion du patient considéré comme expert de sa situation est également une notion identifiée dans les autres études.
Etude 11-12	Etude 11 : Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salantera, S. & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy : how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced ? <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 20, 282-292. Cursus des auteurs : RN, MNSc et RN, PhD. Devis qualitatif, sans précision au sujet de la méthodologie Etude 12 : Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T. & Puukka, P. (2008). The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. <i>Journal of advanced nursing</i> , 64, 504-513. Cursus des auteurs : MNSc, RN et PhD, RN. Devis quantitatif: étude transversale
Unités de soins	Etude 11 : 4 unités de médecine et 4 unités de chirurgie Etude 12 : unité ORL
Interventions issues de la recherche et argumentation de/des auteurs = dans ce cas : Rôle infirmier	Ces deux études ont été réalisées par les mêmes auteurs et les deux permettent d'identifier une partie du rôle infirmier = le plaidoyer infirmier. Les auteurs l'ont inscrit dans une situation de douleurs induites. La première étude (11) réalisé en 2006 a permis d'identifier 3 catégories qui définissent le plaidoyer infirmier selon les patients et les infirmières : <ol style="list-style-type: none"> 1. Un soin d'exception 2. Un soin individuel

	<p>3. Un soin en continu (dans le temps)</p> <p>L'étude a également identifié les interventions qui découlent de ce rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyser la situation du patient - Conseiller le patient - Répondre aux besoins du patient - Protéger le patient - Négocier et assurer les droits du patient <p>La deuxième étude (12) réalisée en 2008 s'est déroulée dans un autre contexte de soin, mais est restée focalisée sur le plaidoyer infirmier dans les situations de douleurs induites. Elle a repris les données issues de la première recherche et a permis d'identifier de nouvelles données importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le patient, la dimension la plus importante du plaidoyer infirmier est la reconnaissance de la relation soignant-soigné.
Lien avec les autres études scientifiques	<p>Toutes les autres interventions sont des moyens afin de gérer la douleur et l'anxiété. Cependant il est essentiel, avant de proposer toutes sortes d'interventions, de prendre en considération les besoins, le contexte et les ressources du patient. Les données de l'étude ont également mis en évidence l'importance de la relation soignant-soigné, principalement pour les patients. Les infirmières ont également intégré cette notion dans le concept du plaidoyer, mais cette notion est moins importante pour elles qu'elle ne l'est pour les patients.</p>